

Wie formulieren Psychotherapeuten Therapieziele?

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät der

Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Christin Borchardt

geboren am 04.07.1985 in Erfurt

Gutachter:

1. Prof. Dr. Bernd Strauß, Jena
2. Prof. Dr. Bernhard Blanz, Jena
3. Prof. Dr. Jörg Frömmer, Magdeburg

Tag der öffentlichen Verteidigung: 02.04.2013

für
Stefan, Felix, Isaac und Liam

1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AfP	Akademie für Psychotherapie
and.	andere
And. Verh. u. emot. Stör. m. Beginn.	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Anpassungsst.	Anpassungsstörung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
Belast.	Belastung
BIT	Berner Inventar für Therapieziele
BIT-C	Berner Inventar für Therapieziele, Therapieziel-checkliste
BIT-T	Berner Inventar für Therapieziele, Taxonomie der Therapiezielinhalte
depr.	depressiv
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen
emot.	emotional
et al.	et alii
Exp(B)	Effektkoeffizient
FH	Fachhochschule
GAS	Goal Attainment Scaling
IBM	International Business Machines Corporation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

KI	Konfidenzintervall
KITZ	Kategoriensystem individueller Therapieziele
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
komb.	kombiniert
M	Median
o.	oder
OR	Odds-Ratio
p	Signifikanzwert
PPZ	Profil psychotherapeutischer Zielsetzung
Prof.	Professor
Psy-BaDo	Basisdokumentation Fachpsychotherapie
Reakt.	Reaktion
rezid.	rezidivierend
S.	Seite
Schw.	Schwere
SD	Standardabweichung
Sig.	Signifikanz
Sozialverh.	Sozialverhalten
STK	Strukturierter Therapiezielkatalog
TRANS-OP	Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung
u.	und
Uni	Universität
Verh.	Verhalten
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen

2 Inhaltsverzeichnis

1	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	I
2	INHALTSVERZEICHNIS.....	III
3	ZUSAMMENFASSUNG	1
4	EINLEITUNG.....	3
4.1	PSYCHOTHERAPIE	3
4.1.1	Grundlagen.....	3
4.1.2	Psychische Störungen	4
4.1.3	Ausbildungsmöglichkeiten	11
4.2	ÜBER DIE BEDEUTUNG DES THERAPIEZIELS.....	13
4.3	MÖGLICHKEITEN DER ERFASSUNG VON THERAPIEZIELEN	16
4.3.1	Erfassung von Therapiezielen über Fragebogenauswahl	16
4.3.2	Erfassung und Taxonomie von frei formulierten Therapiezielen	16
4.4	PATIENTENZIELE IN DER LITERATUR.....	21
4.5	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE THERAPIEZIELFORMULIERUNG	24
4.5.1	Einfluss der Diagnose	24
4.5.2	Einfluss der theoretischen Orientierung.....	28
5	FRAGESTELLUNG/ZIELE	29
6	MATERIAL & METHODEN	30
6.1	MATERIAL.....	30
6.1.1	Datensatz	30
6.2	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	33
6.2.1	Erwachsene	33
6.2.2	Kinder und jugendliche Patienten.....	36
6.3	METHODEN.....	39
6.3.1	Software	39
6.3.2	Taxonomie der Therapieziele.....	39
6.3.3	Aufarbeitung des Datensatzes	47
6.3.4	Statistische Methoden	48
7	ERGEBNISSE.....	50
7.1	HÄUFIGKEITEN DER ZIELKATEGORIEN	50

7.1.1	Erwachsene	50
7.1.2	Kinder und jugendliche Patienten.....	52
7.2	VERTEILUNG DER DIAGNOSEN AUF DIE ZIELKATEGORIEN	54
7.2.1	Erwachsene Patienten	54
7.2.2	Kinder und jugendliche Patienten.....	60
7.3	GRAD DES EINFLUSSES AUF DIE THERAPIEZIELFORMULIERUNG.....	67
7.3.1	Erwachsene	67
7.3.2	Kinder und jugendliche Patienten.....	71
8	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	72
9	SCHLUSSFOLGERUNG.....	121
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	123
11	TABELLENVERZEICHNIS.....	133
12	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	135
13	ANHANG.....	138
13.1	DATEN	138
13.2	LEBENS LAUF.....	139
13.3	DANKSAGUNG	140
13.4	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	141

3 Zusammenfassung

Die Psychotherapieforschung im Allgemeinen und die Therapiezielforschung im Speziellen wurden lange Zeit vernachlässigt. Soweit bekannt, ist dies die erste Arbeit, welche Ausbildungstherapien zur Grundlage hat. Eine publizierte Arbeit über Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen ist nicht bekannt.

Zur Erfassung von Therapiezielen existiert kein Standard. Es können zwei Ansätze unterschieden werden: die standardisierte und die individuelle Erfassung, wobei sich die standardisierte Erfassung von frei formulierten Therapiezielen durchzusetzen scheint. Zu diesem Zweck bestehen mehrere zum Teil widersprüchliche Taxonomieinstrumente nebeneinander. Diese bauen teilweise aufeinander auf oder lehnen aneinander an, dennoch sind sie häufig für bestimmte Settings oder theoretische Orientierungen der Therapeuten zugeschnitten. Arbeiten zu Patientenzielen kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Von ‚Psychische Besserung‘ und ‚Symptomatik‘ über ‚Intrapsychische Ziele‘ und ‚Angst und Depression bewältigen‘ ist die Spannweite der in der Literatur beschriebenen, jeweils wichtigsten Therapieziele recht groß. Auch der Einfluss der Diagnose auf die Zielformulierung wird in der Literatur zum Teil sehr variabel bewertet. Konsens besteht darin, dass es Diagnosen gibt, welche mit diagnosespezifischen Zielen einhergehen, und solche, für die unspezifische, weit gestreute Therapieziele typisch sind. In der einzigen veröffentlichten Arbeit über den Einfluss der Diagnose auf die Wahrscheinlichkeit, in einer bestimmten Zielkategorie zu formulieren, blieb der größte Anteil der Varianz jedoch ungeklärt.

In der vorliegenden Arbeit sollten die Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien und der Einfluss der Diagnose und der Art der Weiterbildung des Therapeuten auf die Therapiezielformulierung untersucht werden. Die Auswertung erfolgte getrennt für die erwachsenen Patienten und die Kinder- und jugendlichen Patienten.

Die in der Arbeit genutzten Daten stammen aus der Akademie für Psychotherapie Erfurt, wo sie im Rahmen von Ausbildungstherapien dokumentiert wurden, und weisen entsprechende Besonderheiten des Patientenkontexts auf. So war etwa die Hälfte der Patienten bei einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten in Behandlung. Um dem speziellen Datensatz gerecht zu werden, wurde ein neues Klassifikationssystem für Therapieziele entwickelt. Dieses umfasst sechs Zielkategorien und greift Elemente anderer Taxonomien auf. Es ist geeignet, Therapieziele aus verbalen freien Formulierungen nach ihrem Inhalt zu ordnen. Die Anforderungen an ein gutes Taxonomieinstrument wurden erfüllt. Die Therapie-

ziele von erwachsenen Patienten bzw. Kindern und jugendlichen Patienten können so verglichen werden. Anschließend erfolgte die Zuordnung der frei formulierten Therapieziele in die sechs entwickelten Kategorien.

Die Häufigkeit der Zielkategorien und die Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien wurden dargestellt. Überraschenderweise deckten sich die Ergebnisse der Kinder und jugendlichen Patienten in weiten Teilen mit denen der erwachsenen Patienten. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ insgesamt nicht wesentlich häufiger formuliert wurde. Insgesamt waren je nach Zielbereich jeweils andere Zielkategorien von Bedeutung. Um zu überprüfen, ob sich die Verteilungen der Zielkategorien auf die Diagnosen untereinander unterscheiden, wurde der χ^2 -Test durchgeführt. Die Ergebnisse belegten relevante Unterschiede. Für Depressionen und Essstörungen konnte festgestellt werden, dass Patienten ein spezifisches Ziel verfolgten. Für Patienten mit einer Anderen Angststörung oder einer Somatoformen Störung war jeweils eine Kategorie dominant. Die Zielformulierungen von Patienten mit einer Phobischen Störung hingegen machten die Festlegung auf eine Zielkategorie schwierig. Noch unfokussierter waren die Ziele für Patienten mit einer Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Mit Hilfe der logistischen Regression wurde der Einfluss der Diagnose und der Weiterbildungsart des Therapeuten auf die Therapiezielformulierung in vier der sechs untersuchten Kategorien bestätigt. Besonderen Einfluss hatten dabei Diagnosen aus dem depressiven Formenkreis. Der größte Anteil an der Varianz blieb jedoch auch hier ungeklärt.

Die Ergebnisse decken sich, soweit eine Vergleichbarkeit gegeben war, in weiten Teilen mit denen der Literatur. Ursachen für Abweichungen konnten entsprechend hergeleitet werden.

Um weniger Fälle aus der Analyse ausschließen zu müssen, sollte die Dokumentation und Qualitätssicherung in der Akademie für Psychotherapie überdacht werden. Eine Einordnung der Ergebnisse fällt aufgrund der variablen Ergebnisse in der Literatur schwer. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass es für einige Diagnosen typische Therapiezielkategorien gibt, während andere Diagnosen mit breiter gestreuten Therapiezielen einhergehen. Die Forderung nach mehr Arbeiten auf dem Gebiet der Therapiezielforschung muss unterstrichen werden.

4 Einleitung

Der Stand der Therapiezielforschung wurde vor mehr als einem Jahrzehnt als „Ein ‚dunkles Kapitel‘ der Psychotherapieforschung?“ (Ambühl u. Strauß, 1999, S. 7) bezeichnet.

Tatsächlich liegen auch zum jetzigen Zeitpunkt wenige Studien und Veröffentlichungen zu diesem Thema vor. Die Literatur beschränkt sich in weiten Teilen auf die Erstellung von Taxonomieinstrumenten, um individuelle Therapieziele zu klassifizieren. Für einen Überblick dazu sei auf den Abschnitt 4.3 in dieser Arbeit verwiesen. Wenige Arbeiten beschäftigen sich mit der Zielerreichung und ihren Prädiktoren (Vgl. Klappheck u. Michalak, 2009; Dirmaier, 2005). Es wurde zum jetzigen Zeitpunkt eine Arbeit veröffentlicht, welche den Grad des Einflusses der Diagnose des Patienten auf die Therapiezielformulierung untersucht (Dirmaier, 2005).

In der vorliegenden Arbeit soll überprüft werden, ob es diagnosespezifische Ziele gibt. Falls dies der Fall ist, soll auch hier geprüft werden, wie stark der Einfluss der Diagnosen auf die Varianz der Zielformulierung in der vorliegenden Patientenstichprobe ist.

Es ist keine veröffentlichte Arbeit bekannt, welche Daten aus Ausbildungstherapien verwendet. Der hier verwendete Datensatz stammt aus Ausbildungstherapien der Akademie für Psychotherapie Erfurt.

Rund die Hälfte der Fälle in der Datenbank bezieht sich auf Kinder und jugendliche Patienten. Welche Therapieziele diese Subgruppe verfolgt, war bisher nicht Gegenstand der Forschung. Insgesamt finden sich in der Literatur nur sehr wenige, recht alte Veröffentlichungen zum Thema Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen.

4.1 Psychotherapie

4.1.1 Grundlagen

Psychotherapeutische Verfahren sind indiziert, wenn eine psychische oder psychosomatische Krankheit als zugrunde liegende Ursache von subjektiv beeinträchtigenden Symptomen feststeht oder zumindest als sehr wahrscheinlich gelten kann.

Es kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Behandlung zunächst ohne den Einsatz von Medikamenten erfolgt (Vgl. Kapfhammer, 1998, Thiel et al. 1998, Rupp, 2003). Die medikamentöse Grundtherapie erfolgt meist durch einen Psychiater oder Nervenarzt.

Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten für Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren. Diesen Verfahren ist gemein, dass sie einen theoretisch begrenzenden Rahmen und bestimmte Regeln des Herangehens haben. Diese ergeben sich aus Erfahrungen und mehrfach überprüften Erkenntnissen (Vgl. ‚Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie‘, 2011).

Die Berechtigung Psychotherapie durchzuführen besitzen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Mit Einschränkungen steht dieses Recht auch Heilpraktikern für Psychotherapie sowie Sozialtherapeuten zu. Deutschlandweit erfolgte die Versorgung zuletzt durch 2900 ärztliche Psychotherapeuten und 12 000 psychologische Psychotherapeuten (Vgl. Berger et al., 2004). 2006 waren bundesweit 2560 ambulante Kinder- und Jugendtherapeuten zugelassen.

4.1.2 Psychische Störungen

Die WHO beschreibt psychische Störungen als ein weites Feld von Problemen mit sehr unterschiedlichen Symptomen. Ihnen gemeinsam ist jedoch eine Kombination aus unnormalen Gedanken, Emotionen, Verhalten und Beziehungen zu Anderen. Die WHO betrachtet die meisten psychischen Störungen als heilbar.

Das ICD-10 versteht unter dem Begriff ‚Psychische Störung‘ eine Gruppe von Erkrankungen, deren Symptome sich auf verschiedenen Ebenen zeigen können. Betroffen sind dabei vor allem die Neurobiologie, die Kognition, die Affektsteuerung und das Verhalten in Gruppen (Vgl. Jacobi, 2004). Das ICD-10 macht über verschiedene Kriterien (z. B. bezüglich der Dauer der Symptomatik) eine Abgrenzung zwischen Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert und Krankheiten im engeren Sinne möglich.

4.1.2.1 ICD-Diagnosen im Datensatz

Im Datensatz der Akademie für Psychotherapie Erfurt sind Patienten mit den verschiedensten ICD-Diagnosen verschlüsselt. Für die vorliegende Arbeit war es aus methodischen Gründen notwendig, um sinnvolle Aussagen treffen zu können, die häufigsten Diagnosen zu analysieren und die übrigen zusammenzufassen. Dabei wurden jeweils die Hauptgruppen betrachtet.

An dieser Stelle sollen die häufigsten ICD-Gruppen kurz beschrieben werden.

F32 – Depressive Episode

Bei Depressionen handelt es sich um affektive Störungen, deren Diagnose durch die geschilderten Symptome und den Verlauf gestellt wird. In dem ICD-10 wird in leichte, mittelgradige und schwere Formen unterschieden. Entscheidend für die Einteilung ist hier die Anzahl und Schwere der Symptome. Charakteristisch sind die gedrückte Stimmung, der geminderte Antrieb, die Interessenlosigkeit und die herabgesetzte Fähigkeit, Freude zu empfinden. Die Patienten sind im Allgemeinen wenig bis gar nicht schwingungsfähig. Weiterhin können Störungen der Konzentration, der vegetativen Funktionen (z. B. Schlaf, Appetit, Libido, Schmerzen) und des Selbstwertes auftreten.

Depressionen im Allgemeinen haben, je nach Studie, eine Lebenszeitprävalenz von 6–17 %, wobei Frauen deutlich häufiger die Diagnose gestellt wird (Vgl. Müller, 2009). Die Ätiologie ist noch nicht eindeutig geklärt, am wahrscheinlichsten ist aber eine multifaktorielle Genese mit psychosozialen, genetischen, neurobiologischen und medikamentös bedingten Anteilen (Vgl. Baranyi u. Rothenhäusler, 2005; Schlotterbeck u. Schneider, 2008).

F33 – Rezidivierende depressive Störung

Diese Diagnose soll laut ICD-10 vergeben werden, sobald eine *Depressive Episode* wiederholt wird, also mehr als einmal vorkommt. Auch hier erfolgt die Einteilung in leicht und mittelgradig. Bei der schweren ‚Rezidivierenden depressiven Störung‘ wird in Formen mit und ohne psychotische Symptome unterschieden. Ausgeschlossen werden sollen hier Patienten mit einer Phase von übersteigert gehobener Stimmung. Tritt eine solche Manie auf, so liegt eine F31, eine ‚Bipolare affektive Störung‘ vor.

F40 – Phobische Störungen

Bei Phobien handelt es sich um spezifische Ängste vor an sich ungefährlichen Situationen. Die Ausprägung kann dabei bis zu Panikattacken reichen. Typischerweise versuchen die Patienten, die angstausslösenden Situationen zu meiden. Ist dies nicht möglich, entwickelt sich Erwartungsangst, was wiederum zu einer Verstärkung des Vermeidungsverhaltens führt.

Die Erkrankung neigt zur Chronifizierung, auch hier sind vor allem Frauen betroffen. Die Punktprävalenz wird mit 0,5 % (Canino et al., 1987) bis 8 % (Becker et al., 2000) angegeben. Die Erstmanifestation liegt typischerweise im frühen Kinder- und Jugendalter (Vgl. Kessler et al., 2002).

F41 – Andere Angststörungen

Patienten mit dieser Diagnose leiden an nicht situationsgebundenen Ängsten. Die Symptome können anfallsweise (F41.0 ‚Panikstörung‘) oder dauerhaft auftreten (F41.1 ‚Generalisierte Angststörung‘).

Angststörungen zählen zu den häufigsten Diagnosen in Deutschland, wobei die Erstmanifestation häufiger ab dem Ende der Pubertät liegt (Vgl. Bland et al., 1988; Wittchen u. Höyer, 2001). Das Risiko für Komorbidität ist vergleichsweise hoch, insbesondere in Bezug auf affektive und alkoholbedingte Störungen (Vgl. Essau et al., 1998; Lieb u. Isensee, 2002).

F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

In dieser Hauptgruppe werden unter anderem *Akute Belastungsreaktionen* (F43.0), *Posttraumatische Belastungsreaktionen* (F43.1) und *Anpassungsstörungen* (F43.2) zusammengefasst. Die Beschwerden werden hierbei unmittelbar durch ein Trauma oder eine schwere Belastung ausgelöst.

Bei der *Akuten Belastungsreaktion* wird das auslösende Ereignis als Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit oder Sicherheit wahrgenommen. Möglicher Auslöser kann auch eine plötzliche oder bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung oder der sozialen Beziehungen sein. Meist besteht ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang. Symptomatisch fallen die Patienten mit den Beschwerden einer generalisierten Angststörung auf (Vgl. Ebert, 2008).

Bei einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* ist der Verlauf typischerweise eher verzögert oder protrahiert (Auftreten meist innerhalb von sechs Monaten). Der Auslöser ist hier häufig eine außergewöhnliche Bedrohung oder ein Ereignis von katastrophalem Ausmaß. Typisch ist das anhaltende Wiedererleben der traumatischen Ereignisse, das Vermeiden von Situationen, die mit Trauma assoziiert sind, sowie eine erhöhte Erregbarkeit (Vgl. Dorsch, 2004). Grund des Vermeidungsverhaltens ist die Angst vor zukünftigen ähnlichen Erlebnissen.

Patienten mit einer *Anpassungsstörung* leiden an Symptomen einer affektiven Störung, einer Angststörung, einer Somatoformen Störung oder einer Dissoziativen Störung, ohne jedoch die Kriterien der jeweiligen Störung zu erfüllen. Auslöser ist eine Situation von nicht außergewöhnlichem Ausmaß. Die Beschwerden treten innerhalb eines Monats auf und dauern nicht länger als sechs Monate an (Vgl. Ebert, 2008).

F45 – Somatoforme Störungen

Typisch für diese Patientengruppe sind organisch nicht zu erklärende körperliche Symptome über einen längeren Zeitraum hinweg. Es handelt sich dabei um das Empfinden von Schmerzen oder vegetativen Symptomen. Verbunden ist dies typischerweise mit wiederholten Forderungen nach apparativen Untersuchungen oder operativen Eingriffen, trotz entsprechender negativer Befunde (Vgl. Ebert, 2008).

Insgesamt liegt die Lebenszeitprävalenz bei unter einem Prozent (Vgl. Meyer et al., 2000), jedoch sind ca. ein Viertel aller Hausarztkonsultationen wegen unklarer körperlicher Symptome auf eine Somatoforme Störung zurückzuführen (Vgl. Schoepf et al., 2003; Linden, 1996).

F50 – Essstörungen

Diese ICD-Hauptgruppe umfasst vor allem Formen der *Anorexia nervosa* (F50.0) und der *Bulimia nervosa* (F50.2). In diese Gruppe zählen auch Essstörungen mit übermäßiger Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlust bei Appetitmangel oder andere unspezifischere Symptommatiken.

Für die Anorexie ist eine künstlich herbeigeführte Reduktion des Körpergewichts typisch. Dabei gehen die Patienten kontrollierend vor: klassisch sind Kalorienzählen, Diätpläne, bei einigen Formen auch exzessiver Sport. Die zugrunde liegende Körperschemastörung führt häufig zu Unter- und Mangelernährung, welche somatische Funktionsstörungen nach sich ziehen können. Die Lebenszeitprävalenz wird mit 0,5 bis 4 % angegeben (Vgl. Ebert, 2008; Bahrke, 2003), Frauen sind dabei deutlich häufiger betroffen.

Bei der *Bulimia nervosa* steht die exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht sowie der Kontrollverlust im Vordergrund. Essanfälle mit Aufnahme von großen Mengen Nahrung in kurzer Zeit und kompensierendes Erbrechen oder Gebrauch von Laxantien treten regelmäßig auf. Das Verhalten führt nicht zwangsläufig zu einem reduzierten Körpergewicht. Der gestörte Kaliumhaushalt kann auch hier für weitere körperliche Symptome verantwortlich sein. Auch hier sind Frauen deutlich häufiger betroffen. Die Punktprävalenz schwankt um ein Prozent herum (Vgl. Thiels u. Garthe, 2000).

F90 – Hyperkinetische Störung

Nach den ‚European clinical guidelines for hyperkinetic disorder‘ ist diese Diagnose eine dauerhafte und ernsthafte Behinderung der psychologischen Entwicklung. Patienten leiden

in einem hohen Maß an Unaufmerksamkeit, Unruhe und Störungen der Impulskontrolle. Die Störung beginnt bereits im frühen Kindesalter, besteht aber oft bis ins Erwachsenenalter. Gegenüber Erwachsenen zeigen die betroffenen Kinder häufig Distanzprobleme. Eine *Hyperkinetische Störung* stellt einen Risikofaktor für sekundäre psychische Entwicklungsstörungen dar (Vgl. Taylor, 2004).

F91 – Störungen des Sozialverhaltens

In dieser Gruppe wird dissoziales, aggressives und allgemein übertriebenes und nicht altersentsprechendes oppositionelles Verhalten zusammengefasst. Die Symptome sind dabei über einen längeren Zeitraum anhaltend oder überhäufig rezidivierend. Als Beispiele, welche die Vergabe der Diagnose rechtfertigen, nennt das ICD-10 unter anderem Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, Stehlen, häufiges Lügen oder ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam.

F92 – Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

In dieser Gruppe kommen zu dem übertrieben ausgeprägten, aggressiven oder dissozialen Verhalten (F91) Symptome beispielsweise der Depression oder Angst hinzu.

F93 – Emotionale Störungen des Kindesalters

Hier werden Störungen zusammengefasst, welche im Wesentlichen eine Intensivierung oder Persistenz normalen kindlichen Verhaltens über den normalen Entwicklungsstand hinaus darstellen. Verschlüsselt werden sollen hier beispielsweise Probleme mit Trennungsangst, Geschwisterrivalität oder sozialer Überempfindlichkeit.

F98 – Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Alle in dieser Gruppe zusammengefassten Störungen beginnen in Kindheit und Jugend. Bezüglich anderer Aspekte unterscheiden sie sich jedoch erheblich. Im ICD-10 werden hier beispielsweise aufgeführt: Enuresis/Enkopresis, Fütterstörungen, Pica, stereotype Bewegungsmuster, Probleme der Sprachentwicklung sowie Daumenlutschen oder Nasebohren.

4.1.2.2 Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland

Laut Bundes-Gesundheitssurvey (1998) war im Befragungszeitraum nahezu jeder dritte Deutsche zwischen 18 und 65 Jahren von einer psychischen Störung betroffen. Das BGS liefert die bis zum heutigen Tag aktuellsten Daten zur bundesweiten Inzidenz psychischer

Erkrankungen. Diese wurden in einem Zusatzsurvey ‚Psychische Störungen‘ erstmals in dieser Form erfasst. Im Gegensatz zum aktuellen ‚Morbidityatlas der Barmer GEK‘ wurde hier die Morbidität erfasst, anstatt nur die Zahl der Patienten zu ermitteln, welche sich bereits in Therapie befinden (Vgl. Preusker, 2011).

Tabelle 1 zeigt die 1-Jahres-Prävalenz, mit der psychische Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung auftreten. Auffallend ist hierbei der hohe Anteil an Patienten mit multiplen psychischen Diagnosen. Im Mittel wiesen lediglich 61 % der Patienten in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung nur eine einzige Diagnose auf.

Tabelle 1 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

	Frauen				Männer			
	Gesamt	18–34 Jahre	35–49 Jahre	50–65 Jahre	Gesamt	18–34 Jahre	35–49 Jahre	50–65 Jahre
Irgendeine DSM-IV Diagnose	37,0 %	38,0 %	36,5 %	36,5 %	25,3 %	27,4 %	25,9 %	22,2 %
Anzahl der Diagnosen (wenn mindestens eine Diagnose vorliegt)								
1	56,3 %	57,5 %	55,5 %	55,7 %	66,5 %	69,6 %	67,5 %	61,0 %
2	21,5 %	23,8 %	20,3 %	20,4 %	15,5 %	16,1 %	18,9 %	21,3 %
3	9,7 %	8,3 %	9,20 %	11,6 %	8,0 %	7,8 %	8,5 %	7,8 %
>3	12,6 %	10,4 %	10,9 %	12,3 %	7,0 %	6,5 %	19,7 %	10,0 %

modifiziert nach Wittchen u. Jacobi (2002), n = 4181

Besonders bei Angststörungen herrscht Konsens darüber, dass sie kostenintensiv sind (Vgl. Greenberg et al., 1999; Rice u. Miller, 1998; Wittchen, 2002). Dabei fällt der Hauptkostenanteil nicht auf Diagnose und Therapie, sondern auf indirekte Kosten wie den Verlust der Produktivität oder auf den Verlust von produktiven Lebensjahren. Dieser Aspekt wurde bereits 1996 von der WHO betont (Vgl. Murray u. Lopez, 1996).

Über den Ausfall an Arbeitstagen liegen Daten aus dem Jahre 2006 vor. Je nach Krankenkasse liegen psychische Störungen an dritter bis fünfter Stelle der Ursachen von Arbeitsunfähigkeitstagen. Abbildungen 1 und 2 zeigen exemplarisch die Daten für die AOK und die Barmer. Die Daten können aufgrund der Größe der beiden Krankenkassen als repräsentativ gelten.

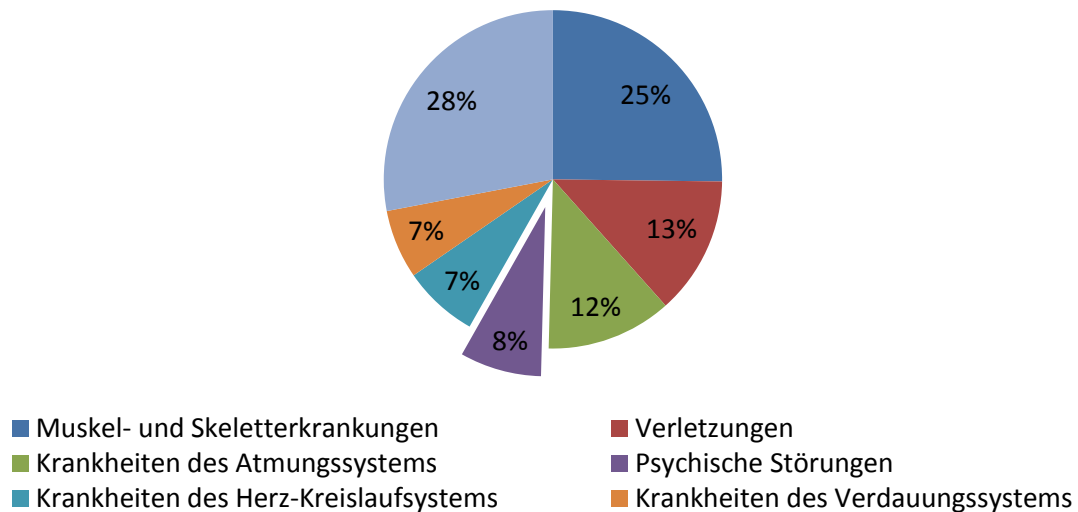


Abb. 1 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten bei Versicherten der AOK (2004), Anteile der AU-Tage in Prozent, modifiziert nach Lademann et al. (2006)

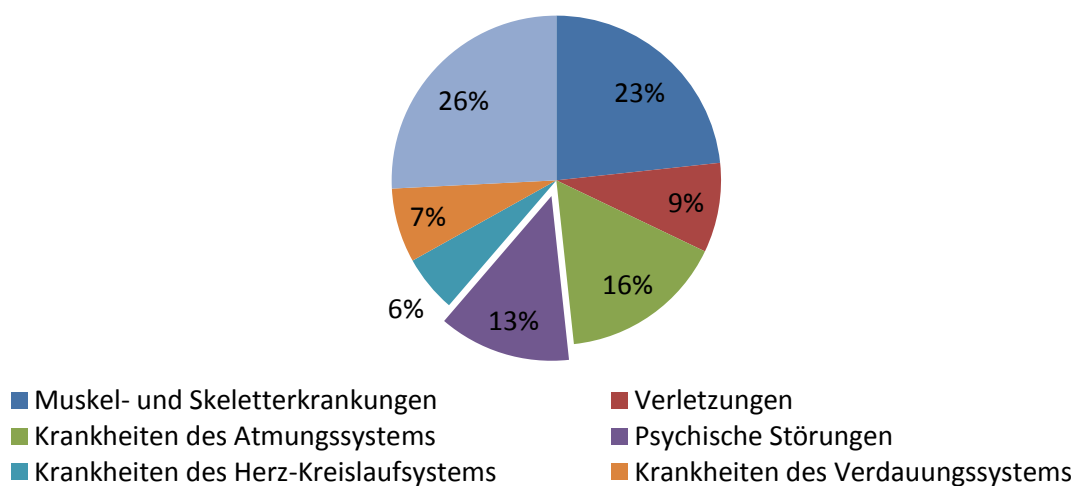


Abb. 2 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten bei Versicherten der BARMER (2004), Anteile der AU-Tage in Prozent, modifiziert nach Lademann et al. (2006)

Ein weiterer Gesichtspunkt, der beachtet werden muss, ist die Tatsache, dass die Diagnose einer psychischen Störung mit einer allgemein höheren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen assoziiert ist (Vgl. Katon, 1996; Jacobi, 2004). Die zusätzlichen Kosten, die so entstehen, sind nur schwer zu erfassen, tragen aber sicher nicht unerheblich zu den Gesamtkosten durch psychische Störungen bei.

Es wird deutlich, dass die finanziellen Belastungen durch nichtorganische Diagnosen für das Gesundheitswesen beachtlich sind und wohl noch weiter zunehmen werden. Die steigen-

den Kosten der Krankheiten müssen in die Kalkulationen der Krankenkassen aufgenommen werden. Um die Versorgung zu verbessern, müssen auch Hausärzte die Bedeutung der Erkrankungen erkennen und sich um eine effektive Nutzung der knappen Ressourcen bemühen.

4.1.3 Ausbildungsmöglichkeiten

Da die in dieser Arbeit genutzten Daten aus Ausbildungstherapien stammen, sollen die Ausbildungswege hin zum approbierten Therapeuten übersichtsweise dargestellt werden. Es wird dabei auf die Ausbildungsgänge Bezug genommen, wie sie in der Akademie für Psychotherapie Erfurt durchgeführt werden.

4.1.3.1 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Psychologen

Um eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten antreten zu können, muss ein Universitätsstudium im Studiengang Psychologie mit bestandener Prüfung abgeschlossen worden sein. Für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann alternativ ein Hochschulabschluss in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik nachgewiesen werden.

Als Ausbildungsdauer sind in beiden Fällen sechs Semester vorgesehen. In den ersten beiden Semestern wird dabei das Basiscurriculum, bestehend aus 200 Stunden Vorlesungen, absolviert. In Vorbereitung auf die schriftliche Abschlussprüfung werden dabei alle drei Verfahren (Tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Analytische Psychotherapie) gelehrt. Im Anschluss findet ein Vorkolloquium statt.

Im zweiten Abschnitt der Ausbildung müssen dann mindestens 600 Stunden eigene Behandlungstätigkeit unter Supervision nachgewiesen werden. Begleitend findet die vertiefende theoretische Ausbildung statt. Sie umfasst mindestens 400 Stunden Übungen bzw. Seminare.

Innerhalb der gesamten Ausbildungszeit müssen ein Jahr psychiatrisches klinisches Praktikum und weitere 600 Stunden psychotherapeutisches/psychosomatisches Praktikum absolviert werden. Für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind diese Zeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen abzuleisten.

Die vorgeschriebene Selbsterfahrung umfasst mindestens 120 Stunden.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, so können die abschließenden schriftlichen und mündlichen Prüfungen abgelegt werden. Nach bestandenen staatlichen Prüfungen kann ein Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt werden.

4.1.3.2 Ärztliche Weiter- und Fortbildungen

Ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin eröffnet verschiedene Möglichkeiten der Weiter- und Fortbildung. Der Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie kann ebenso angestrebt werden wie der Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dabei kann in der Akademie für Psychotherapie zwischen den Grundorientierungen ‚Tiefenpsychologischer Psychiater‘ und ‚Verhaltenstherapie‘ gewählt werden. Die vorgesehene Ausbildungsdauer beträgt hier sechs Semester.

Im Psychiatrie-Teil der Weiterbildung können dabei zehn der geforderten 60 supervidierten und dokumentierten Erstinterviews absolviert werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an Seminaren zur Methodik verschiedener psychologischer Testverfahren und deren Beurteilung. Die Gruppentherapieausbildung zur Befundung und Dokumentation von abgeschlossenen Therapien bei komplexen psychischen Störungsbildern findet unter kontinuierlicher Supervision statt.

Im Psychotherapie-Teil können die gesamten 100 Stunden Seminare, Kurse, Praktika und Fallbesprechungen des Basiscurriculums und der vertiefenden Ausbildung bei der Akademie für Psychotherapie Erfurt abgeleistet werden. Vollständig durchgeführt werden können auch die Ausbildungen zu Progressiver Muskelentspannung, Autogenem Training oder Hypnose sowie Blockseminare zum Thema der Konsil- und Liaisonarbeit und zur Arbeit in Balintgruppen. Auch supervisierte Therapiestunden und Kriseninterventionen können teilweise in der Akademie für Psychotherapie abgeleistet werden. Es werden 150 Stunden Selbsterfahrung gefordert.

Zusätzlich zur Facharztqualifikation kann die Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* fachgebunden erworben werden. Alternativ besteht für Ärzte mit vorhandener psychotherapeutischer Qualifikation die Möglichkeit, Fachkunden in den Bereichen Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder Analytik bzw. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu erlangen.

4.2 Über die Bedeutung des Therapieziels

Die Inanspruchnahme eines Therapeuten ist für Patienten oft nicht leicht. Häufig „sieht er [der Patient] in der Zukunft kaum eine Perspektive für sich. Die erste wichtige Aufgabe des Therapeuten besteht darin, zusammen mit dem Patienten eine Reihe von Zielen zu erarbeiten, die in Anbetracht der Probleme eine beträchtliche Verbesserung für den Patienten bedeuten würden.“ (Hoffmann, 2005, S. 57). Die Vorstellungen und Definitionen von Therapiezielen unterlagen dabei einem ständigen Wandel. Anfangs entsprachen sie schlicht den Behandlungszielen, welche durch den Therapeuten festgelegt wurden. Sie stellten den Wunsch nach Veränderung beim Patienten durch den Therapeuten dar (Vgl. Gehrig, 1977). Die Wünsche des Patienten schienen nachrangig und mussten den Vorstellungen des ‚Experten‘ untergeordnet werden.

Gut zwei Jahrzehnte später definieren Brunstein et al. „Ziele als kognitiv elaborierte Repräsentationen davon [...], was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte.“ (Brunstein et al., 1998, S. 146). Der Therapeut schien keine Rolle mehr bei der Formulierung der Veränderungswünsche zu spielen. Die Verantwortung für die Auswahl war damit auf den Patienten übergegangen. Auch Pöhlmann impliziert, die Verantwortung läge beim Patienten, wenn er feststellt: „Therapieziele können als Untermenge allgemeiner Lebensziele aufgefasst werden, die sich spezifisch auf angestrebte Ergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung beziehen.“ (Pöhlmann, 1999, S. 15).

Erst 2001 wurde die Verantwortung wieder geteilt: „Therapieziele sind gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn der Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen sucht.“ (Grosse-Holtforth, 2001, S. 242).

Unabhängig von der Verantwortung der Formulierung soll, in dieser Arbeit, ein Therapieziel als ein Punkt oder Zustand verstanden werden, zu dem der Patient kommen will oder den er erreichen soll. Persönliche oder motivationale Ziele sind lediglich „desired consequences – they need not be realistic or make sense to anyone else, nor must they be internally consistent or compatible to each other.“ (Winell, 1978, S. 266). Nicht nur aus praktischen Gründen sollten Therapieziele hingegen diese Kriterien erfüllen. Auch Grosse-Holtforth (1999) grenzte Therapieziele von den weniger anspruchsvollen motivationalen oder persönlichen Zielen ab: Therapieziele müssten mittelfristig erreichbar sein. Dabei würden sie

oft nur einen Zwischenschritt auf dem Weg zur Erreichung eines motivationalen Ziels bilden.

Der Psychotherapie kommen die Aufgaben zu, psychische Störungen zu beseitigen und die Lebensqualität des Patienten wieder herzustellen. Dabei umfassen die Inhalte der tatsächlich formulierten Ziele oftmals mehr als nur die Heilung psychischer Symptome. Weder Patient noch Therapeut geben sich mit einem Verschwinden der Beschwerden zufrieden. Es sollen Ressourcen aufgebaut werden und langfristige Strategien zur Bewältigung problematischer Situationen entwickelt werden.

In der Literatur werden Therapiezielen verschiedene Aufgaben zugeschrieben. Ein weitestgehender Konsens scheint über die folgenden Funktionen zu bestehen:

1. Entscheidungsgrundlage für Therapieplanung

Am Anfang einer Therapie muss entschieden werden, welche Veränderungen beim konkreten Patienten erreicht werden sollen. Dem therapeutischen Geschehen wird so eine Richtung gegeben. Die individuell vereinbarten Therapieziele dienen als Ausgangspunkt der Therapieplanung und lassen eine Auswahl der therapeutischen Mittel zu (Vgl. Heuft et al., 1996).

Es kann davon ausgegangen werden, dass konkrete Therapieziele und anschließende entsprechende Behandlung die Ergebnisse der Therapie zu verbessern vermögen (Vgl. Goldman et al., 2003).

2. Eigenständiger therapeutischer Effekt

Therapieziele verbinden Diagnose und Intervention unmittelbar. Sind konkrete, individuelle Ziele vereinbart, so kann direkt mit der therapeutischen Arbeit als solcher begonnen werden (Vgl. Karoly, 1999). Es wurde wiederholt diskutiert, dass eine Therapiezielformulierung zu Beginn einer Therapie sich positiv auf das Behandlungsergebnis auswirkt (Vgl. Garwick, 1974; Willer u. Miller, 1976; Goldman et al., 2003).

Die Festlegung des Therapieziels ermöglicht im Idealfall die Umformulierung von belastenden Beschwerden und Symptomen in positive Ziele, auf die der Patient, gemeinsam mit dem Therapeuten, hinarbeiten kann. Solche Zielsetzungen werden im Konsens als ‚Annäherungsziele‘ bezeichnet. Dem gegenüber stehen die ‚Vermeidungsziele‘, welche von negativ formulierten Zielsetzungen bestimmt werden. Elliott u. Church (2002) konnten zeigen, dass

die subjektive Verbesserung der Situation bei Patienten mit Annäherungszielen als größer bewertet wurde.

3. Kriterium der Erfolgskontrolle

Als Indikator für den Therapieerfolg bietet sich das Maß, in welchem die gestellten Therapieziele erreicht wurden, an. Besonders der Patient kann anhand dieser überprüfen, ob die Therapie die gewünschten Änderungen herbeiführen konnte. Für den Therapeuten sind sicher auch andere Umformungen in Verhalten und Ressourcennutzung erkennbar, doch sind diese deutlich schwieriger zu evaluieren (Vgl. Kordy u. Hannover, 1999; Welk u. Koch, 1998).

4. Mittel der Transparenz

Wird anhand der formulierten Therapieziele die Behandlung entsprechend geplant und durchgeführt, so ist davon auszugehen, dass die Motivation aufseiten des Patienten höher ist als bei einem Vorgehen ohne Zielformulierung. Ein Therapeut gibt bewusst einen Teil seiner Macht innerhalb der Beziehung ab und gibt dem Patienten damit Verantwortung zurück (Vgl. Sack et al., 1999).

5. Vergleichbarkeit verschiedener Ansätze

Das Maß der Zielerreichung wird erst durch Therapieziele vergleichbar. Interessant ist dabei der Vergleich zwischen verschiedenen therapeutischen Verfahren und anderen Merkmalen, die geeignet sein könnten, Unterschiede zu erklären (Vgl. Grawe, Caspar u. Ambühl 1990; Koch & Schulz, 1997).

Über die Aufgaben der Therapieziele hinaus besteht zum jetzigen Zeitpunkt kein Konsens über eine Definition, welche alle Aspekte von Therapiezielen erfasst. Vielmehr existieren verschiedene Definitionen mehr oder minder gleichberechtigt nebeneinander. Bei der Begriffsklärung spielt natürlich auch der Blickwinkel eine Rolle, unter dem man Therapieziele betrachten möchte. Die Formulierung der Therapieziele am Beginn der Behandlung bringt verschiedene Vorteile für Verlauf und Ergebnis der Therapie. Sie ermöglicht eine systematische Forschung im Bereich der Psychotherapie im Allgemeinen und von Therapiezielen im Speziellen.

4.3 Möglichkeiten der Erfassung von Therapiezielen

Die Formulierung von Therapiezielen ist in jedem Setting angeraten, die Bedeutung für Verlauf und Ergebnis der Therapie wurde bereits dargelegt. Sollen Therapieziele auch für die Forschung verwendet werden, so ist eine Strukturierung unumgänglich. Hierfür werden in der Literatur verschiedene Taxonomien beschrieben. Viele Arbeiten sind aneinander angelehnt oder stellen modifizierte Weiterentwicklungen dar. Dennoch sind die Ansätze vielfältig und kommen je nach Abstraktionsebene und Theorie zu anderen Ergebnissen. In diesem Kapitel sollen einige Möglichkeiten für die Erfassung von Therapiezielen dargestellt werden.

4.3.1 Erfassung von Therapiezielen über Fragebogenauswahl

Für die rein theoriegeleitete Forschung ergibt sich eine weitere Möglichkeit für die Entwicklung von Taxonomien: Fragebögen mit Therapieziellisten. Erfahrene Therapeuten wählen aus, welche der genannten Ziele sie für Patienten im Allgemeinen als wichtig erachten. So fragte z. B. der ‚Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire‘: „Für wie wichtig halten Sie es in Ihrer derzeitigen therapeutischen Tätigkeit, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten folgende Ziele verwirklichen? Markieren Sie jene vier Ziele, die Sie im Allgemeinen für die Wichtigsten halten.“ Es folgte eine Liste mit 16 verschiedenen Zielen (Vgl. Ambühl, H. 1994). So konnten aus einer definierten Zielmenge diejenigen bestimmt werden, welche für den jeweiligen Therapeuten als wichtig erschienen. Dieses Vorgehen wurde in der Vergangenheit gewählt, wenn Aussagen über den Einfluss von Therapeutenmerkmalen auf die Therapiezielformulierung getroffen werden sollten. Erfasst wurde hierbei allerdings eher die theoretische Orientierung. Wie sich die Therapiezielformulierung in der Praxis gestaltete, blieb dabei offen (Vgl. Thompson u. Zimmermann, 1969; Dimsdale, 1975; Dimsdale et al., 1979).

4.3.2 Erfassung und Taxonomie von frei formulierten Therapiezielen

Der größte Teil der ausgewerteten Literatur bezieht sich auf die Aufarbeitung von tatsächlich mit Patienten vereinbarten Therapiezielen. Hier stehen sich zwei unterschiedliche Ansätze gegenüber, die sich teilweise aus dem Forschungsgebiet ableiten lassen: Einerseits wurden die formulierten Therapieziele in vorbestehende, möglicherweise in Entwicklung

befindliche Taxonomiesysteme eingegliedert. Alternativ wurde nach Möglichkeiten gesucht, den Therapieerfolg individuell bewerten zu können. Hierzu sind bisher deutlich weniger Methoden veröffentlicht, da der Einsatzbereich eingeschränkt ist: Die Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen ist mitunter schwierig, der Arbeitsaufwand immer hoch.

4.3.2.1 Standardisierte Erfassung

Als erster empirischer Versuch, Therapieziele zu kategorisieren, wird in der Literatur übereinstimmend die Arbeit von Göllner (1983) beschrieben. Anhand von 142 stationär behandelten Patienten wurden die vom Therapeuten genannten Therapieziele in Oberkategorien geordnet. Die Therapieziele wurden jedoch nicht als solche erfasst, sondern der Therapeut gab zu dem jeweiligen vereinbarten Ziel ein Schlagwort an. Erst anschließend wurde geprüft, welche Kategorien den Formulierungen implizit zugrunde lagen. So ergaben sich fünf Kategorien (‚Beruf/Freizeit‘, ‚Intrapersonaler Bereich‘, ‚Interpersonaler Bereich‘, ‚Symptomatik‘ und ‚Spezielles‘), welche in 26 Unterkategorien unterteilt wurden. In diesen Unterkategorien wurden noch einmal in 49 Bereiche unterschieden. In der Literatur werden die Kriterien der Genauigkeit und Exklusivität als nicht erfüllt betrachtet. Angaben zur Validität und Reliabilität fehlen.

Faller und Gossler (1998) nutzten die Daten von 198 Patienten, die in einer psychotherapeutischen Poliklinik behandelt wurden. Anhand einer Stichprobe der Daten wurde ein erster Entwurf einer Systematik erstellt, deren endgültige Version an der Gesamtheit aller 198 Patienten angewendet wurde. Es entstand ein empirisch basiertes Taxonomiesystem mit 18 binären Kategorien. Da die Daten aus den schriftlichen Angaben der Patienten entnommen wurden und der Rücklauf insgesamt eher gering war, bleibt unklar, inwieweit hier von selektiven Daten ausgegangen werden muss. Für die Validität sprechen diagnosespezifische Häufigkeiten der Zielkategorien. Grosse-Holtforth u. Grawe (2002) kritisieren die Existenz von nur einem Abstraktionsniveau, was je nach Fragestellung unzureichend sein könne.

Faller (2000) entwickelte die Taxonomie von Faller und Gossler (1998) weiter, um anhand von 125 Patienten einer psychotherapeutischen Poliklinik einen neuen Therapiezielfragebogen zu entwickeln. Dieser bestand aus 24 Items, welche auf einer fünfstufigen Skala (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr stark) bewertet werden sollten. Nach einer Faktorenanalyse

konnten drei Skalen gebildet werden (‚Einsicht‘, ‚Kontaktfähigkeit‘, ‚Selbstbehauptung‘). Kritisiert wird eine deutliche Abhängigkeit der Skalen, was zu einer Interkorrelation führt.

Als Bestandteil des Dokumentations- und Qualitätssicherungsinstruments (Psy-BaDo) entwickelten Heuft und Senf (1998) das ‚Kategoriensystem individueller Therapieziele‘ (KITZ). Anhand theoretischer Überlegungen wurde zunächst ein Taxonomiesystem mit fünf Kategorien (‚Somatische Beschwerden‘, ‚Medikamenten-/Suchtmittelkonsum‘, ‚Intrapsychische Probleme und Konflikte‘, ‚Interpsychische Probleme und Konflikte‘, ‚Rehabilitative Ziele‘) erstellt, welches während der weiteren Arbeit überprüft und weiterentwickelt wurde. Es wurden Therapeuten- und Patientenziele verwendet, jedoch wurden die Ziele als gemeinsam ausgehandelt beschrieben. Es resultierten zunächst 89 Therapiezielkategorien, woraufhin weitere Therapieziele eingeordnet wurden. Die Zahl der Unterkategorien betrug zu diesem Zeitpunkt 130. Die Autoren geben an, dass insgesamt 9000 Therapieziele von 2294 Patienten aus neun verschiedenen Kliniken genutzt wurden. Grosse-Holtforth u. Grawe (2002) schätzen die Präzision und Exklusivität als genügend ein, die Interraterübereinstimmung ist laut Heuft et al. (1998) zufriedenstellend. Einschränkungen in der Nutzung können sich daraus ergeben, dass die fünf Hauptkategorien eher abstrakt sind, während die 130 Unterkategorien sehr spezifisch angelegt sind. Die Konstruktion des Instrumentes sei nicht empirisch erfolgt, da die fünf Kategorien auf theoretischer Ebene definiert wurden. Des Weiteren sei das Taxonomiesystem zu stark psychodynamisch geprägt (Vgl. Dirmaier, 2002).

Driessen et al. (2001) entwarfen anhand von 161 Patienten den ‚Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen‘ (FRAPT), welcher auf das stationäre Setting zugeschnitten ist. Hier soll vor allem die subjektive Wichtigkeit der Therapieziele erfasst werden. Um einen Schulen übergreifenden Ansatz sicherzustellen, erfolgte die Konstruktion nach Durchsicht der Literatur und wiederholten Konferenzen verschieden orientierter Psychiater und Psychotherapeuten. In sechs Skalen (‚Vertrauen zu sich und anderen‘, ‚Aktive Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit‘, ‚Bewältigung von Misshandlungserfahrungen und Selbstbeschädigung‘, ‚Bewältigung von Depression und Angst‘, ‚Verbesserungen in der Familie und der sozioökonomischen Bedingungen‘, ‚Bewältigung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit‘) werden 42 Items unterschieden. Methodisch fraglich ist die hohe Zahl an Variablen in der Faktorenanalyse gemessen an der Zahl der Probanden.

Steffanowski et al. (2004) entwickelten den ‚Strukturierten Therapiezielkatalog‘ (STK). Es wurde ein neuer Ansatz gewählt und auf bereits bestehende Zielkataloge zurückgegriffen. Einschlusskriterien waren ein geringer Anteil an Fachsprache und allgemein gute Verständlichkeit sowie die Relevanz der Ziele für das stationäre Setting. Durch Rating und Auswahl von Therapeuten aus mehreren psychosomatischen Fachkliniken entstanden acht Kategorien (‚Körperliche und seelische Aspekte‘, ‚Selbsterkenntnis/Problembewusstsein‘, ‚Lebensperspektive/Zukunftsplanung‘, ‚Umgang mit Problemen/Risikoverhalten‘, ‚Beziehung zu Anderen/Soziale Fertigkeiten‘, ‚Arbeit, Alltag u. Freizeit‘, ‚Information und Beratung‘, ‚Information und Motivation zur Psychotherapie‘) mit 89 Therapiezielen. Es wurden Varianten zur Selbst- und Fremdbeurteilung veröffentlicht. Dirmaier (2005) kritisiert die fehlenden Angaben zu Reliabilität und Validität. Die Autoren haben eine Änderung des Fragebogens angekündigt.

Bereits 2002 entwickelten Dirmaier et al. ein Taxonomiesystem für das stationäre Setting. Die Erstellung erfolgte anhand von Daten aus Entlassungsberichten und besteht aus drei Abstraktionsebenen, 21 Zielbereichen und vier Zieldimensionen (‚Psychosoziale Zieldimension‘, ‚Somatische Zieldimension‘, ‚Edukative Zieldimension‘, ‚Zieldimension der Aktivität/Partizipation‘). Insgesamt beinhaltet das Instrument 147 Kodierungsmöglichkeiten.

Als eine Weiterentwicklung erstellte Dirmaier (2005) eine Patienten- und eine Therapeutenversion des ‚Profils Psychotherapeutischer Zielsetzung‘ (PPZ), um Therapieziele im stationären Setting zu kategorisieren. Die Erstellung erfolgte anhand von 200 Patienten aus 11 Rehabilitationskliniken. Die vier Zieldimensionen enthielten 21 Unterdimensionen. Der Grad der Zielerreichung sollte anhand einer fünfstufigen Skala eingeschätzt werden.

Für die Entwicklung des Berner Inventars für Therapieziele (BIT) wurden 1031 Behandlungsziele von 298 ambulant behandelten Patienten der Berner Universitätsklinik schrittweise aufgearbeitet (Vgl. Grosse-Holtforth u. Grawe, 2002). Für eine nähere Beschreibung sei auf den Abschnitt 6.3.2 *Taxonomie der Therapieziele* in dieser Arbeit verwiesen.

4.3.2.2 Individuelle Erfassung

Ein Problem der standardisierten Erfassung von Therapiezielen kann eine zu allgemeine Formulierung sein. So kann es vorkommen, dass die Bedeutung für den Patienten nicht mehr ausreichend ist (Vgl. Flender, 2000). Bei individuellen Erfassungen stehen die jeweili-

gen Ziele der Patienten stärker im Vordergrund. Da der Einsatzbereich eingeschränkt ist, existieren deutlich weniger Instrumente.

Bereits 1961 veröffentlichten Elliott et al. den ‚Vereinfachten Persönlichen Fragebogen‘. Er soll durch den Patienten während der probatorischen Sitzungen ausgefüllt werden und in den Worten des Patienten Probleme benennen, an denen dieser während der Therapie arbeiten möchte. Die genannten Felder sollen nach subjektiver Wichtigkeit für den Patienten geordnet sein, aber mindestens ein Problem aus jedem der fünf vorgegebenen Bereiche enthalten (‚Symptome‘, ‚Stimmung‘, ‚Spezifische Leistung (z. B. Beruf)‘, ‚Beziehungen‘, ‚Selbstwert‘). In dieser Phase sollen ca. 15 Probleme benannt werden. Unter Mithilfe des Therapeuten sollen die Probleme spezifiziert und auf zehn reduziert werden. Anschließend erfolgt eine Reihung anhand der Wichtigkeit. Als Basiswert gibt der Patient an, wie sehr er in der letzten Woche durch die jeweiligen Probleme belastet war.

Dieses Vorgehen ist sehr aufwendig und setzt eine intensive Kommunikation zwischen Therapeut und Patient, schon an Beginn der Therapie, voraus. Eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen ist schwer möglich. Die Methode findet kaum Erwähnung in der Literatur.

Kiresuk und Sherman (1968) entwickelten das ‚Goal Attainment Scaling‘ (GAS). Inzwischen finden sich unter diesem Oberbegriff verschiedene Vorgehensweisen, die jedoch alle gemeinsam haben, dass das Ergebnis der Therapie patientenzentriert bewertet werden soll. Nach dem Erstgespräch werden drei bis fünf Zielbereiche benannt und nach ihrer Wichtigkeit geordnet. Im Gegensatz zu anderen Verfahren erfolgt dies jedoch durch eine Gruppe von Personen, die den Therapeuten einschließt, den Patienten jedoch explizit ausschließt. Begründet wurde dieses Vorgehen mit der Notwendigkeit der Objektivität.

Die möglichen Ergebnisse der Behandlung werden auf einer numerischen fünfstufigen Skala erfasst und durch beobachtbare Ereignisse beschrieben. Dabei stellt ‚-2‘ das schlechteste zu erwartende Ergebnis, ‚0‘ das erwartete Ergebnis und ‚+2‘ das optimale zu erwartende Ergebnis dar. Dabei wird eine Normalverteilung angenommen und anhand des erwarteten Behandlungsverlaufs für vergleichbare Patienten die Skala erstellt. Zum Zeitpunkt der Evaluation wurden die GAS-Scores der vereinbarten Ziele entsprechend den Skalenwerten und der Gewichtung summiert. So wurden die Ergebnisse zwischen einzelnen Patienten und verschiedenen Methoden vergleichbar. Nach Smith et al. (1998) liegt ein wesentlicher Vorteil bei der Anwendung des GAS darin begründet, dass Therapieergebnisse mit dem zu

erwartenden Outcome verglichen werden können. So wird eine starke Orientierung an den Zielen des Patienten möglich, was mit einer hohen Praxisorientierung gleichsetzbar ist. Durch die Einsetzbarkeit in verschiedenen Settings wird der objektive Vergleich zwischen verschiedenen therapeutischen Maßnahmen und Störungsbereichen möglich (Vgl. Kiresuk u. Lund, 1978). Einen wichtigen Nachteil stellt der hohe Aufwand bezüglich Zeit und Personal dar. Zudem zeigte Garwick (1974) keine zufriedenstellende Übereinstimmung mit anderen Bewertungen des Therapieerfolgs (Patientenzufriedenheit, Bewertung durch Therapeuten). Wipplinger und Reinecker (1994) führen die eingeschränkte Validität und Reliabilität auf die ungenügende Fähigkeit zurück, die Zielerreichung realistisch einzuschätzen. Dies betrifft sowohl Patienten als auch Therapeuten. Auch, dass es anspruchsvolle und eher einfach zu erreichende Ziele gibt, wird laut Howard et al. (1993) nur unzureichend beachtet.

Der ‚Ergebnisdokumentationsbogen‘ (Heuft et al., 1995) wurde an 336 Patienten aus acht Kliniken überprüft. Er besteht aus zwei Teilen, welche beide von Therapeut und Patient ausgefüllt werden. Im ‚Teil A‘ sollten bei Therapiebeginn bis zu fünf Therapieziele benannt werden. Am Ende der Behandlung erfolgt die Auswertung hinsichtlich der erreichten Ergebnisqualität. Im ‚Teil B‘ können verschiedene Problembereiche frei beschrieben werden. Des Weiteren beinhaltet er Fragen zur Medikation des Patienten. Die klinische Akzeptanz wird von den Autoren als hoch angegeben, was auf gute Verständlichkeit der Fragen zurückgeführt wird. In der Literatur findet diese Methode allerdings ebenfalls kaum Erwähnung.

4.4 Patientenziele in der Literatur

Ruff und Werner (1987) führten eine Fragebogenerhebung bei 480 Patienten am ersten Behandlungstag einer stationären, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch. Die Therapieziele wurden in fünf ad hoc gebildete Kategorien eingeteilt. Als häufigste Kategorie stellte sich ‚Psychische Besserung‘ (65 %) dar. Es folgten ‚Sonstige Ziele‘ (17 %), ‚Psychogeneseverständnis und Konfliktbearbeitung‘ (8 %), ‚Körperliche Besserung‘ (8 %) und ‚Medikamentenreduktion‘ (1 %). Die Autoren machten keine Angaben über die Zuverlässigkeit der Zuordnung.

Schulte-Bahrenberg (1990) nutzte das von Göllner (1983) entworfene Taxonomiesystem, um die Therapieziele von 64 verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten mit phobischen Störungen zu klassifizieren. Die Patienten sollten am Ende der Therapie angeben, welche Ziele sie während der Therapie verfolgt hatten. Dabei ergab sich die in Abbildung 3 gezeigte Verteilung der Therapieziele.

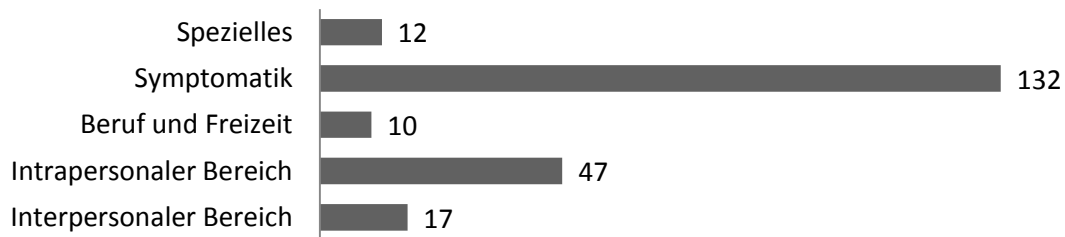


Abb. 3 Verteilung der Therapieziele (n = 218), nach Schulte-Bahrenberg (1990)

Symptomzentrierte Therapieziele bilden mit 60 % eindeutig den Schwerpunkt der Formulierungen. Da die Erfassung jedoch retrospektiv am Ende der Therapie erfolgte, können die Ergebnisse nicht sicher bewertet werden.

Das von Heuft et al. (1998) entwickelte ‚Kategoriensystem individueller Therapieziele‘ (KITZ) kam an insgesamt 1482 Therapiezielen von 407 stationär behandelten Patienten zum Tragen. Die Verteilung der Zielkategorien zeigte einen deutlichen Bias für ‚Intrapsychische Ziele‘ (60,5 %). Die zweithäufigste Kategorie stellten ‚Körperbezogene Ziele‘ (21,6 %) dar. Es folgten ‚Interaktionelle Ziele‘ (13,7 %), Rehabilitationsziele‘ (2,8 %) und ‚Sucht-/Medikamentenbezogene Ziele‘ (1,1 %).

Faller und Gossler (1998) entwickelten ihr Taxonomiesystem anhand von Patienten aus einer Universitätsambulanz. Die Verteilung der zehn häufigsten der 18 Zielkategorien ist in Abbildung 4 dargestellt.

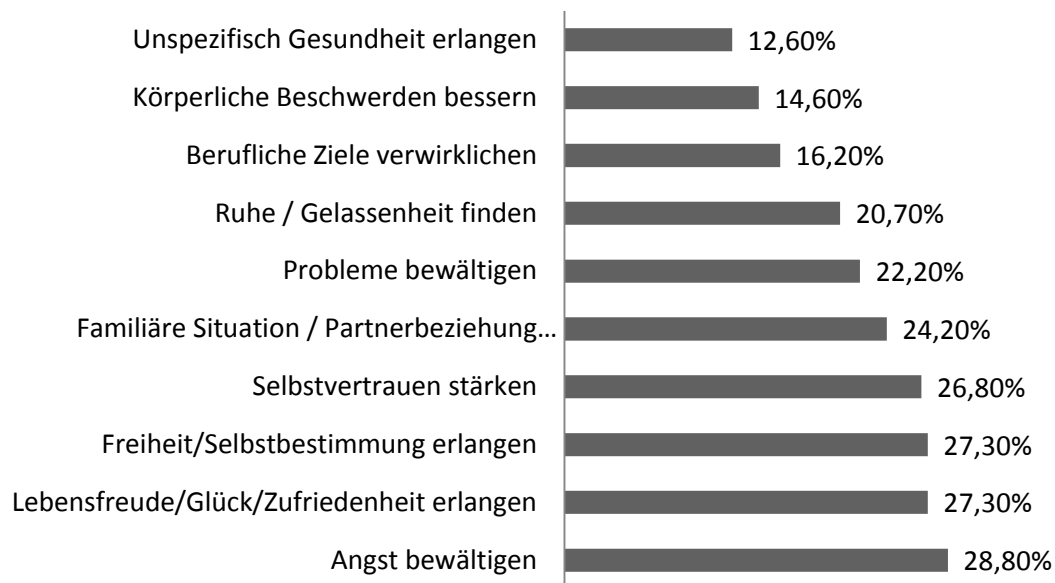


Abb. 4 Prozentuale Häufigkeit der Zielkategorien, nach Faller u. Gossler (1998)

Mit dem von Driessen et al. (2001) entwickelten ‚Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen‘ soll vor allem die subjektive Wichtigkeit der Therapieziele erfasst werden. Die Verteilung in den sechs Skalen bei den 161 untersuchten Patienten zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2 Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen, nach Driessen et al. (2001)

Skala	M	SD
Bewältigung von Depression und Angst	2,3	0,8
Aktive Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit	2,1	0,8
Vertrauen zu sich und anderen	2,0	0,7
Verbesserung in der Familie und der sozioökonomischen Bedingungen	1,5	0,9
Bewältigung von Misshandlungserfahrungen und Selbstschädigung	1,2	0,8
Bewältigung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit	0,6	0,7

Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 = nicht bis 5 = sehr stark

Grosse-Holtforth und Grawe (2002) konstruierten auf der Grundlage von Therapiezielen von ambulant behandelten Patienten das ‚Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielinhalten‘ (BIT). Abbildung 5 zeigt die prozentuale Häufigkeit der Zielkategorien des BIT, wie

sie bei 1239 Zielen von 388 Patienten in der Ambulanz der Berner Universität auftrat.

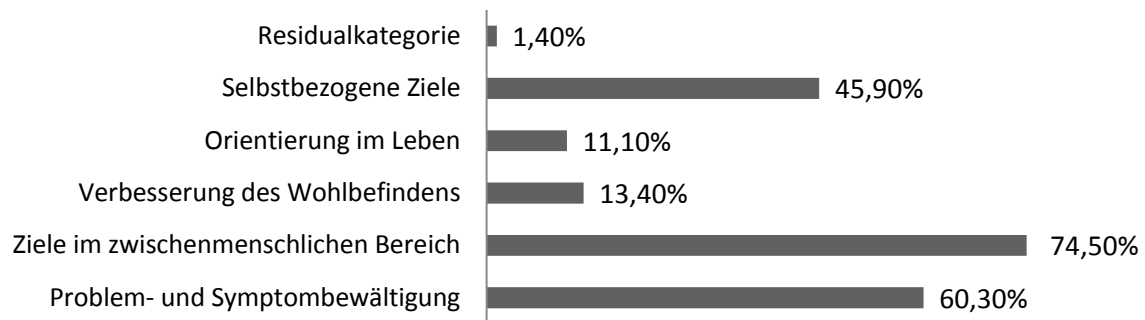


Abb. 5 Prozentuale Häufigkeiten von Patienten mit mindestens einem Ziel in der genannten Zielkategorie des BIT-T, nach Grosse-Holtforth u. Grawe (2002)

4.5 Einflussfaktoren auf die Therapiezielformulierung

4.5.1 Einfluss der Diagnose

Faller und Gossler (1998) konnten in ihrer Untersuchung an 198 Patienten einer Universitätsambulanz nachweisen, dass in den Zielkategorien eine teilweise Diagnosespezifität vorliegt. Die prozentuale Häufigkeit der Diagnosen war in der Stichprobe wie folgt verteilt: *Depressionen* (34 %), *Angststörungen* (11 %), *Somatoforme Störungen* (15 %), *Persönlichkeitsstörungen* (9 %) und *Essstörungen* (6 %). Abbildung 6 zeigt die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Therapiezielkategorien von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen.

Es ist erkennbar, dass vor allem Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung klar diagnosespezifische Ziele im Bereich ‚Sucht/Esstörungen‘ haben. Bei Patienten mit der Diagnose *Angststörung* überwiegt ebenfalls eine Kategorie eindeutig („Angst“). Patienten die unter einer *Somatoformen Störung* leiden, haben nach Faller und Gossler (1998) in der Hälfte der Fälle ein Therapieziel im Bereich ‚Körperliche Beschwerden‘. Für Patienten mit *Depressionen* und *Essstörungen* ist es hingegen zunehmend schwieriger, einen dominanten Zielbereich zu bestimmen.

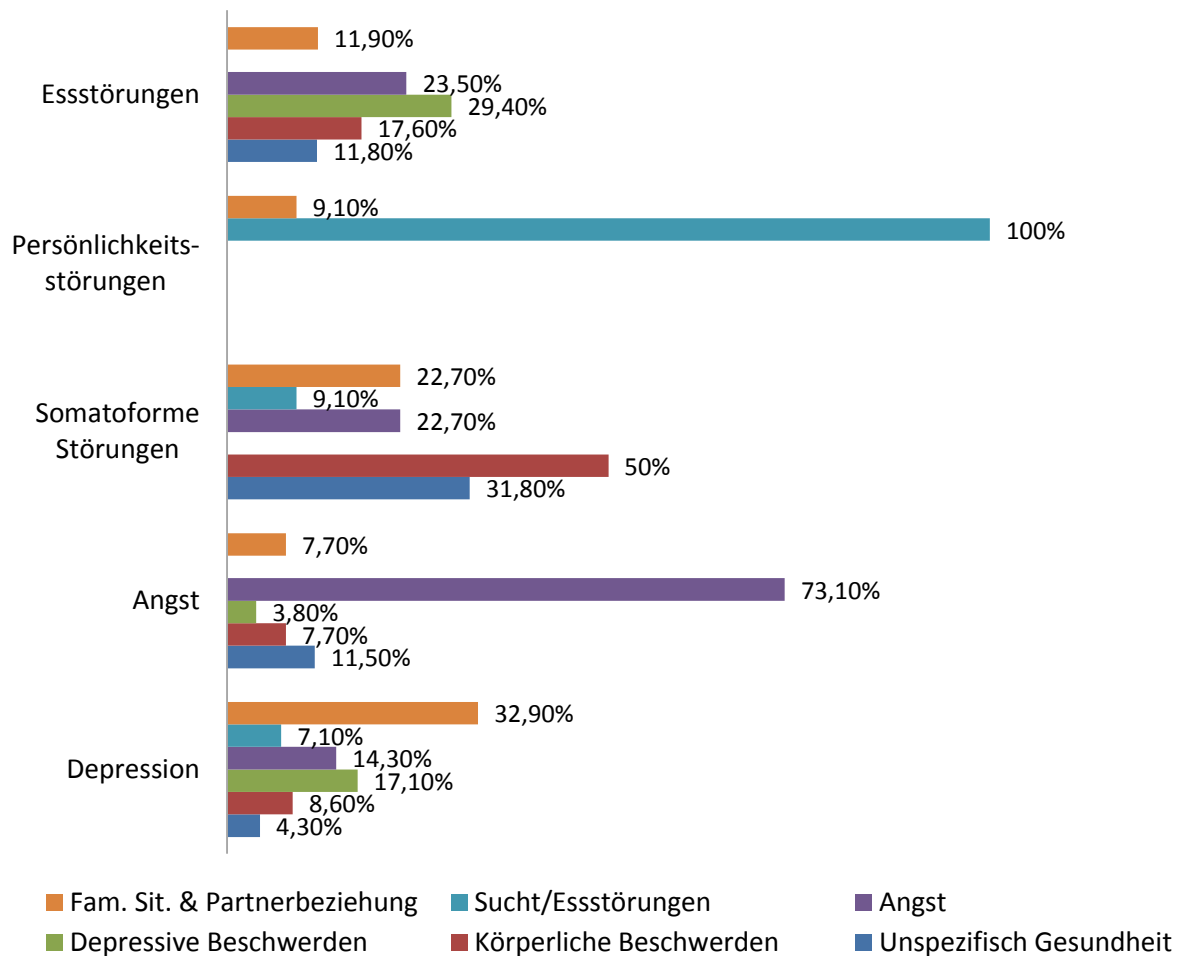


Abb. 6 Prozentuale Verteilung der Therapiezielkategorien von Patienten mit verschiedenen Diagnosen, nach Faller & Gossler (1998)

Berking et al. (2004) untersuchten, ob es diagnosespezifische Therapieziele gibt und welchen Anteil Ziele einnehmen, die sich mit den Symptomen beschäftigen, die für die Diagnose entscheidend sind. Weiterhin sollte die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Verfolgung dieser Hauptsymptomziele und der resultierenden Verbesserung der Symptomatik der Hauptdiagnose bestimmt werden. Hierfür wurden die Therapieziele von 1253 stationären Patienten in kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung mit Hilfe des ‚Bern Inventory of Treatment Goals‘ (Grosse-Holtforth u. Grawe 2001) miteinander verglichen. Die Patienten wurden drei Diagnosegruppen zugeteilt: *Depressive Störungen* (incl. *Bipolarer Störung* und *Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung*), *Angststörungen* (incl. *Zwangsstörung* und *Posttraumatische Belastungsstörung*) und *Chronische Schmerzstörungen*. Für die Patienten aus der Gruppe der *Depression* ergaben sich insgesamt 33 Zielbereiche auf der mittleren Abstraktionsebene des BIT. Für die Gruppe der Angstpatienten ergaben sich

29, für die Patienten mit chronischem Schmerz 14 Zielbereiche. Die Verteilung der jeweils häufigsten Zielbereiche für die drei Gruppen zeigt Abbildung 7.

Es konnte gezeigt werden, dass die Therapieziele von Patienten mit affektiven Störungen breiter gestreut sind, als die von Patienten mit Angststörungen, welche wiederum breiter angelegte Ziele hatten als chronische Schmerzpatienten (Vgl. Berking et al., 2004).

In seiner Arbeit konnte Dirmaier (2005) Therapieziele ebenfalls als diagnosespezifisch bewerten. Zum ersten Mal wurde hier in einer veröffentlichten Arbeit die Stärke des Einflusses der Diagnose auf die Zielkategorie berechnet.

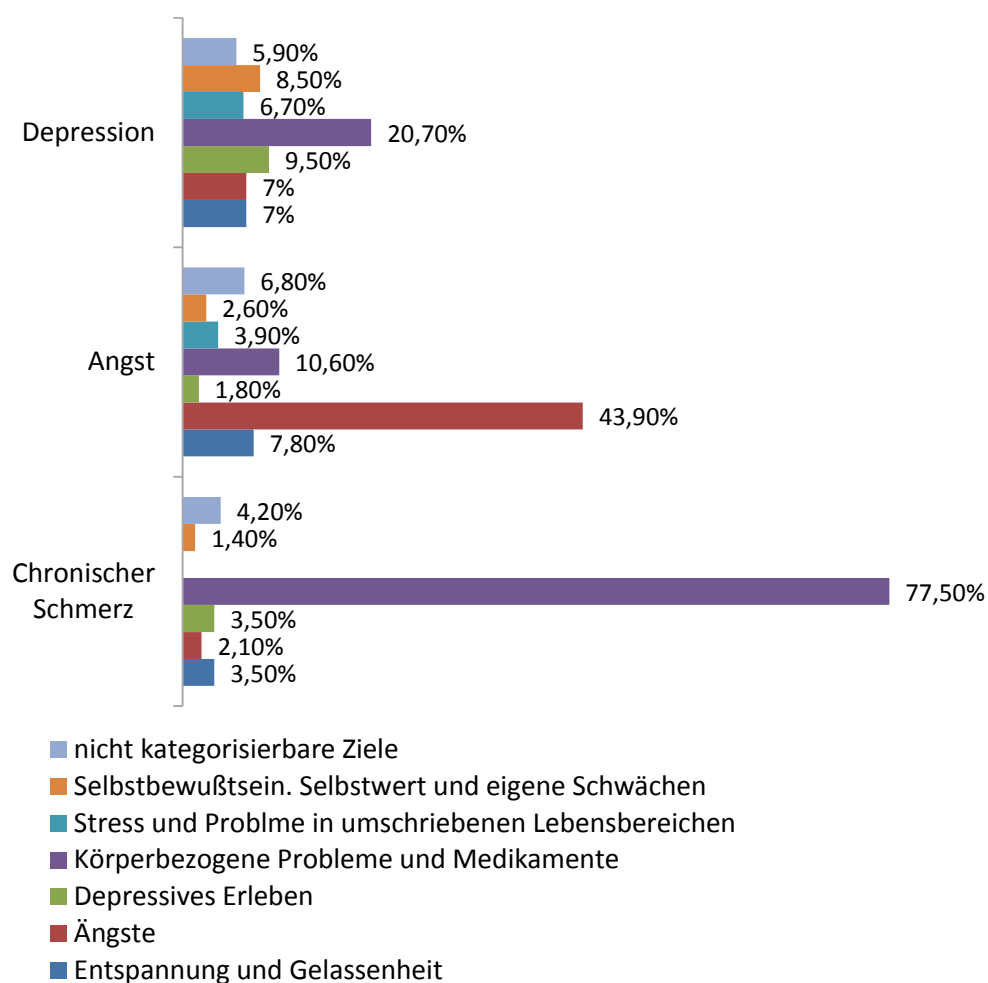


Abb. 7 Prozentuale Verteilung der häufigsten Zielbereiche im BIT, nach Berking et al. (2004)

Dirmaier teilte 1587 Patienten in fünf Diagnosegruppen auf: *Depressive Störung* (n = 723), *Angststörungen* (n = 173), *Anpassungs- und Belastungsstörungen* (n = 295), *Somatoforme Störungen* (n = 110) und *Essstörungen* (n = 286). Dabei ergaben sich die in Abbildung 8 beispielhaft dargestellten Verteilungen der Adjusted Odds Ratios.

Die Therapieziele können also auch hier als diagnosespezifisch bewertet werden. Dabei bestätigt sich die Einschätzung, dass es Diagnosen gibt, welche stärker mit störungsspezifischen Zielen assoziiert sind und solche, bei denen dies weniger der Fall ist. Die Patientengruppe mit Angststörungen zeigte dabei die höchste Spezifität in der Auswahl der Therapieziele.

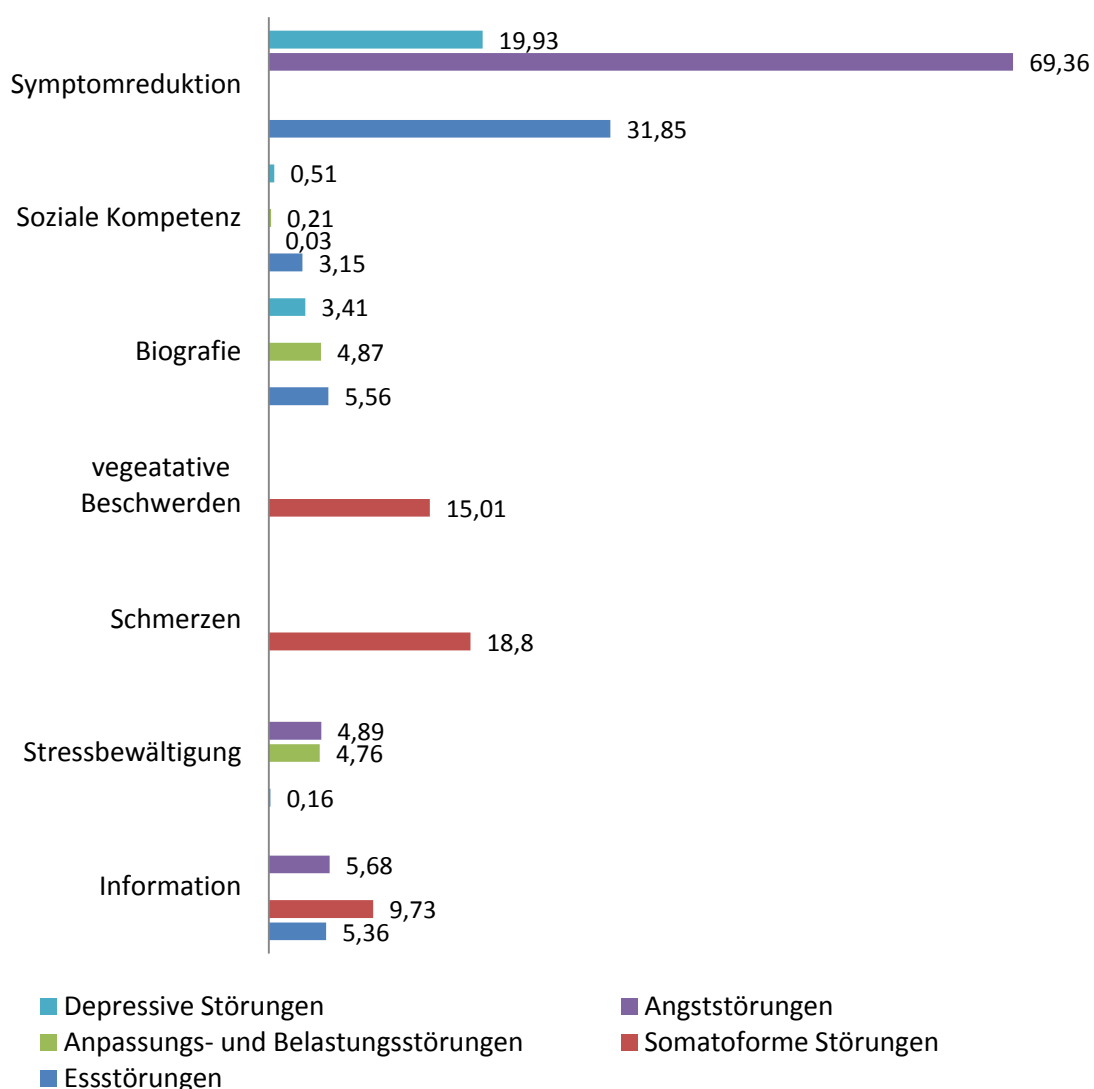


Abb. 8 Adjusted Odds Ratios (abhängige Variable: 21 Zielbereiche, unabhängige Variable: fünf Hauptdiagnosegruppen, Referenzgruppe: sonstige Hauptdiagnosen), nach Dirmaier (2005)

4.5.2 Einfluss der theoretischen Orientierung

Ein wichtiges Gebiet der Psychotherapieforschung stellt die Ergebnisforschung dar. Dabei sind folgende Fragestellungen besonders hervorzuheben:

1. Was sind hilfreiche Therapieziele für Patienten?
2. Bei welchen Therapeuten erreichen Patienten besonders oft die vereinbarten Ziele und warum?

Das offensichtlichste und am einfachsten zu erfassende Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Therapeuten stellt die Zugehörigkeit zu einer bestimmten theoretischen Schule dar. Die zugrunde liegenden Überlegungen und die entsprechenden Untersuchungen sind nicht Schwerpunkt dieser Arbeit und werden deshalb nicht behandelt. Für eine aktuelle Übersicht über das Thema sei an dieser Stelle auf die Arbeiten von Ambühl et al., 1995, Ambühl u. Orlinsky, 1995 und Dirmaier, 2005 verwiesen.

5 Fragestellung/Ziele

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Informationen darüber zu gewinnen, wie Therapeuten in Ausbildungstherapien Therapieziele in Abhängigkeit von ihrer Ausbildungsart und den Diagnosen der Patienten formulieren. Die Durchführung von logistischen Regressionen sollte eine Aussage über den Grad des Einflusses auf das angestrebte Therapieziel ermöglichen.

In der Literatur soll nach Arbeiten gesucht werden, die sich thematisch mit Therapiezielen und deren Formulierung beschäftigen. Dabei soll der Fokus auf den Möglichkeiten der Erfassung von Therapiezielen liegen. Die in der Literatur angegebenen Möglichkeiten sollen übersichtsweise dargestellt und bewertet werden.

Um die in der vorliegenden Arbeit getroffenen Aussagen zu bestätigen, sollen die verbal frei formulierten Ziele in eine auswertbare Form gebracht werden. In der Literatur sollen bestehende Taxonomiesysteme gesucht und hinsichtlich ihrer Eignung für die vorzunehmenden Auswertungen bewertet werden. Ist kein geeignetes Instrument verfügbar, so soll ein neues Kategorisierungssystem für Therapieziele entwickelt werden, das für die Fragestellung der Arbeit geeignet ist und einen Vergleich der Patientensubgruppen zulässt. Dabei ist auf eine Eignung für die Subgruppe der Kinder und Jugendlichen zu achten. Das zu entwickelnde Instrument soll dabei die darzustellenden Anforderungen an ein gutes Taxonomieinstrument erfüllen.

Die Verteilung der Therapieziele auf die Kategorien des gewählten Taxonomiesystems soll dargestellt werden. Anschließend soll die Verteilung in Abhängigkeit von der Diagnose dargelegt werden. Ausgewählte logistische Regressionen sollen den Grad des Einflusses der Diagnose und der Ausbildungsart des Therapeuten (Arzt/Psychologischer Psychotherapeut) auf die Therapiezielformulierung darstellen.

Es soll keine Auswertung hinsichtlich besonders hilfreicher oder häufig zum Erfolg führender Ziele erfolgen. Eine dahingehende Untersuchung müsste sowohl die Einschätzung des Therapeuten als auch des Patienten beinhalten und ist nicht Schwerpunkt der geplanten Arbeit. Daten über die Erkrankungsschwere (wievielte Therapie, vorangegangene Krankenhausaufenthalte, Diagnosezeitpunkt, Berentung) und Begleitmedikation sollen nicht berücksichtigt werden, da die Angaben diesbezüglich bei den meisten Patienten unvollständig sind.

6 Material & Methoden

In den folgenden Kapiteln soll der verwendete Datensatz näher charakterisiert werden, die in der Akademie für Psychotherapie Erfurt (AfP) verwendeten Fragebögen vorgestellt und die Stichprobe beschrieben werden. Die genutzte Software wird genannt. Die Entwicklung eines neuen Taxonomieinstruments für Therapieziele wird begründet und die Anwendung beschrieben. Anschließend werden kurz die Besonderheiten der logistischen Regression erläutert.

6.1 Material

6.1.1 Datensatz

In der vorliegenden Arbeit sollte der Einfluss verschiedener Faktoren bezüglich der klinischen Therapiezielformulierung des Therapeuten untersucht werden. Für eine statistisch signifikante Aussage muss die Grundlage einer solchen Analyse eine möglichst hohe Zahl an auswertbaren Therapien sein. Eine breite Streuung des Patientengutes hinsichtlich Diagnose, Alter, Bildungsstand und anderer infrage kommender Einflussfaktoren ist wünschenswert, um möglichst allgemeingültige Informationen gewinnen zu können.

Ein so beschaffener Datensatz konnte durch die Akademie für Psychotherapie Erfurt, unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn Prof. Michael Geyer und Geschäftsführung von Herrn Christian Geyer zur Verfügung gestellt werden. In dem Institut werden seit Ende 2004 regelmäßig Eckdaten der im Rahmen der Ausbildung durchgeführten Therapien in einer Datenbank festgehalten. Bei der Akademie für Psychotherapie Erfurt handelt es sich um eine vom Landesverwaltungsamt und der Bundesärztekammer anerkannte psychotherapeutische Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Behandlungseinrichtung. Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können in den Vertiefungsverfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der analytischen Psychotherapie absolviert werden. Gleiches gilt für die verschiedenen ärztlichen Weiterbildungen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin.

Die gesammelten Fälle stammen aus der Zeit zwischen Februar 2004 und Juni 2010. Es handelt sich bei allen erfassten Therapien in der Datenbank um Ausbildungstherapien,

d. h., die Therapeuten befanden sich zum Zeitpunkt der Behandlung in Aus- bzw. Weiterbildung. Nach den vorliegenden Informationen war eine Analyse von Ausbildungstherapien hinsichtlich des Therapieziels noch nicht Gegenstand der Forschung einer publizierten Arbeit: Ambühl untersuchte in seiner ‚Internationalen Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen‘ (1994) die Stabilität der theoretischen Orientierung im Hinblick auf Therapieziele. Die Studienteilnehmer am Startpunkt waren ausgebildete Psychotherapeuten. Driessen et al. (2001) nutzten in ihrer Arbeit ‚Therapieziele in der Psychologischen Medizin: Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments‘ die Angaben von praktizierenden Psychotherapeuten. Die Entwicklung des ‚Berner Inventars für Therapieziele‘ (Grosse-Holtforth und Grawe, 2002) erfolgte zunächst theoriegeleitet und wurde anschließend anhand von abgeschlossenen Therapien empirisch überprüft und überarbeitet. Auch hier wurden die genutzten Therapien von ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt.

Der hier verwendete Datensatz enthielt ursprünglich 834 Fälle, von denen einige von der Analyse ausgeschlossen werden mussten, siehe dazu auch Abbildung 9. Bei 21 Patienten war die Diagnose nicht ICD-verschlüsselt, sondern nur verbal formuliert. Da es sich dabei nicht um eine eindeutige Diagnosebezeichnung nach ICD handelte, wurden diese Fälle nicht in die Auswertung aufgenommen. Bei 28 Patienten gab es keine Angaben zur Hauptdiagnose, bei 42 weiteren wurde bezüglich der Diagnose gar keine Angabe gemacht. Auch diese Fälle wurden nicht aufgenommen. Die Angabe von mindestens einem Therapieziel war Voraussetzung für die Erfassung; 198 Patienten erfüllten dieses Kriterium nicht. Drei Fälle wiesen jeweils zwei Hauptdiagnosen auf. Diese Fälle wurden geteilt und als jeweils zwei Patienten behandelt. Da die unvollständigen Angaben teilweise die gleichen Fälle betrafen, standen nunmehr 585 Fälle zur Verfügung, bei denen mindestens ein Therapieziel und eine ICD-Hauptdiagnose vorhanden waren. Jedoch konnten weitere sieben Patienten aus inhaltlichen Gründen keiner Auswertung zugeführt werden (Vgl. 6.4.3. *Aufarbeitung des Datensatzes*). Es verblieben 578 Patientenfälle, die in die vorliegende Arbeit eingingen, davon 281 Erwachsene und 297 Kinder und Jugendliche.

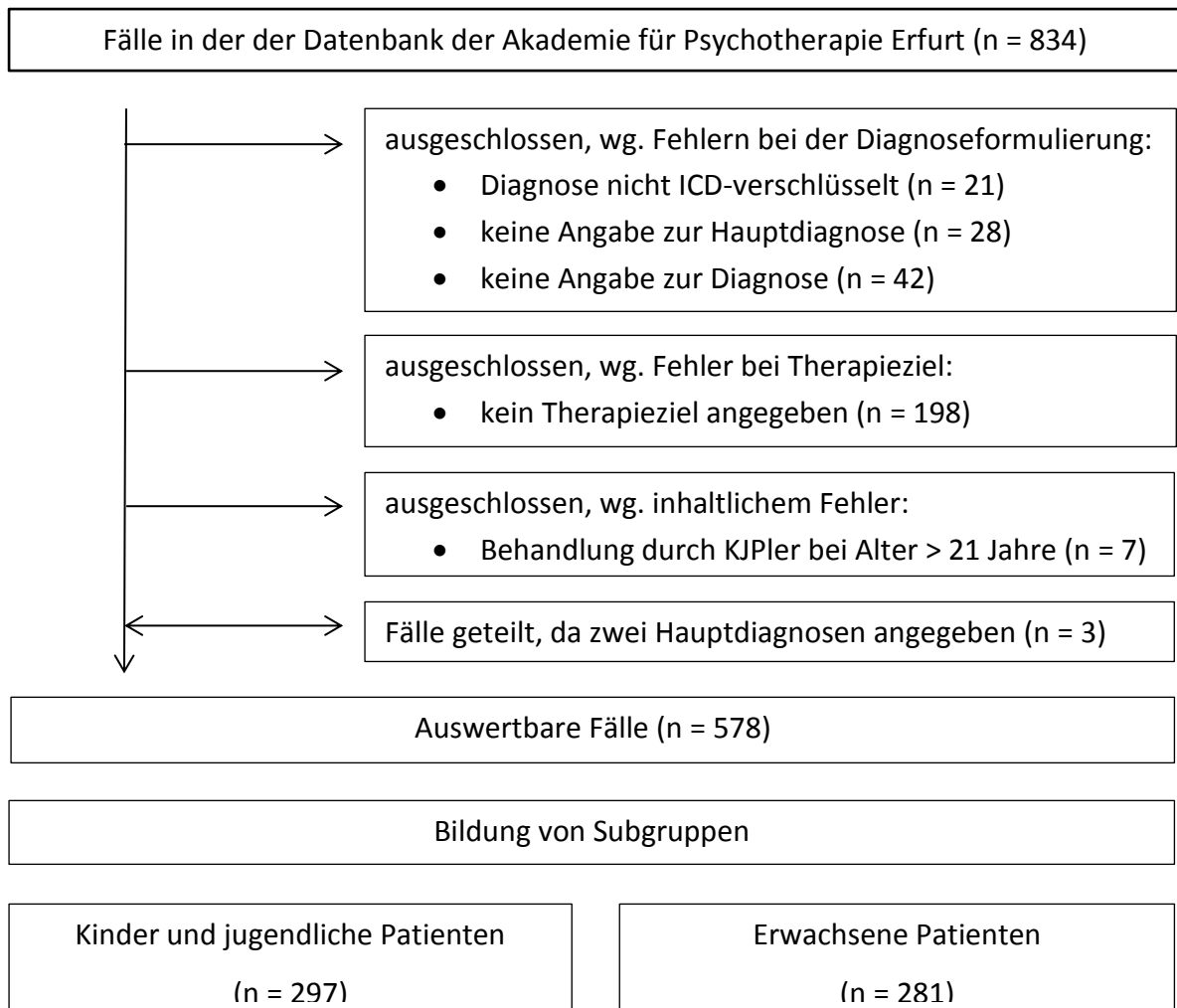


Abb. 9 Fälle im Datensatz, Ausschlussgründe und in die Auswertung einbezogene Fälle

6.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Analysen in dieser Arbeit beziehen sich auf einen Datensatz, welcher von der Akademie für Psychotherapie Erfurt zur Verfügung gestellt wurde. Dabei gingen insgesamt 578 Fälle in die Auswertung ein. Es wurde getrennt nach Erwachsenen (n = 281) und Kindern und Jugendlichen (n = 297) ausgewertet.

6.2.1 Erwachsene

Informationen zum Geschlecht waren für alle Patienten vorhanden: 24,9 % (n = 70) waren männlich, 75,1 % (n = 211) weiblich. Angaben zum Alter fehlten in elf Fällen. Der Altersmedian für die übrigen Patienten lag bei 36,0 Jahren mit einer Standardabweichung von 12,0 Jahren. Das Minimum betrug 18 Jahre, das Maximum 66 Jahre. Abbildung 10 zeigt die Altersverteilung getrennt nach dem Geschlecht der Patienten. Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung des Alters wurden für die Analyse Altersgruppen bestimmt, welche in etwa die gleiche Fallzahl aufweisen: 18–22 Jahre (n = 30, 10,7 %), 23–27 Jahre (n = 46, 16,4 %), 28–34 Jahre (n = 47, 16,7 %), 35–41 Jahre (n = 50, 17,8 %), 42–51 Jahre (n = 56, 19,9 %), 52–66 Jahre (n = 41, 14,6 %).

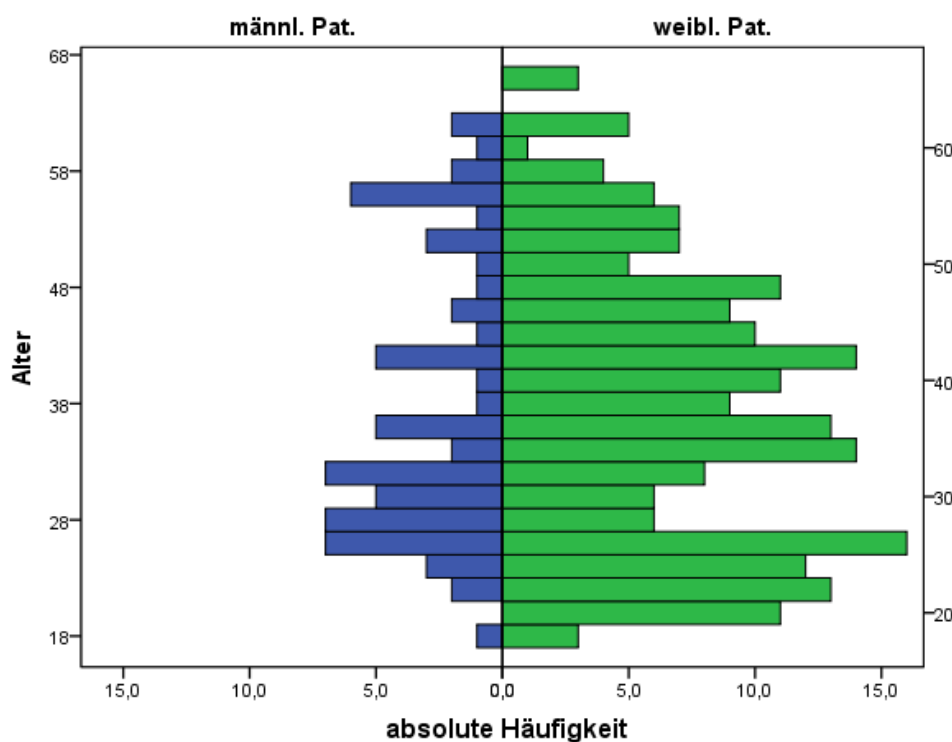


Abb. 10 Alterspyramide der erwachsenen Patienten

Die Hauptdiagnosen verteilten sich auf 47 Diagnosen der Gruppe F des ICD-10 aus 17 ICD-Hauptgruppen. Abbildung 11 kann die genaue Verteilung je Diagnose entnommen werden. Abbildung 12 zeigt die Patienten je ICD-Hauptgruppe (Vgl. Tab. 6, 6.3.2 *Taxonomie der Therapieziele*). Dabei stehen die Hauptgruppen für folgende Diagnosen: F10 = *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol*, F22 = *Anhaltende wahnhaftige Störungen*, F31 = *Bipolare affektive Störung*, F32 = *Depressive Episode*, F33 = *Rezidivierende depressive Störung*, F34 = *Anhaltende affektive Störungen*, F40 = *Phobische Störungen*, F41 = *Andere Angststörungen*, F42 = *Zwangsstörung*, F43 = *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*, F44 = *Dissoziative Störungen*, F45 = *Somatoforme Störungen*, F50 = *Essstörungen*, F51= *Nichtorganische Schlafstörungen*, F60 = *Spezifische Persönlichkeitsstörungen*, F62 = *Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns*, F90 = *Hyperkinetische Störungen*, F91 = *Störungen des Sozialverhaltens*, F92 = *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen und F91 = Emotionale Störungen des Kindesalters*.

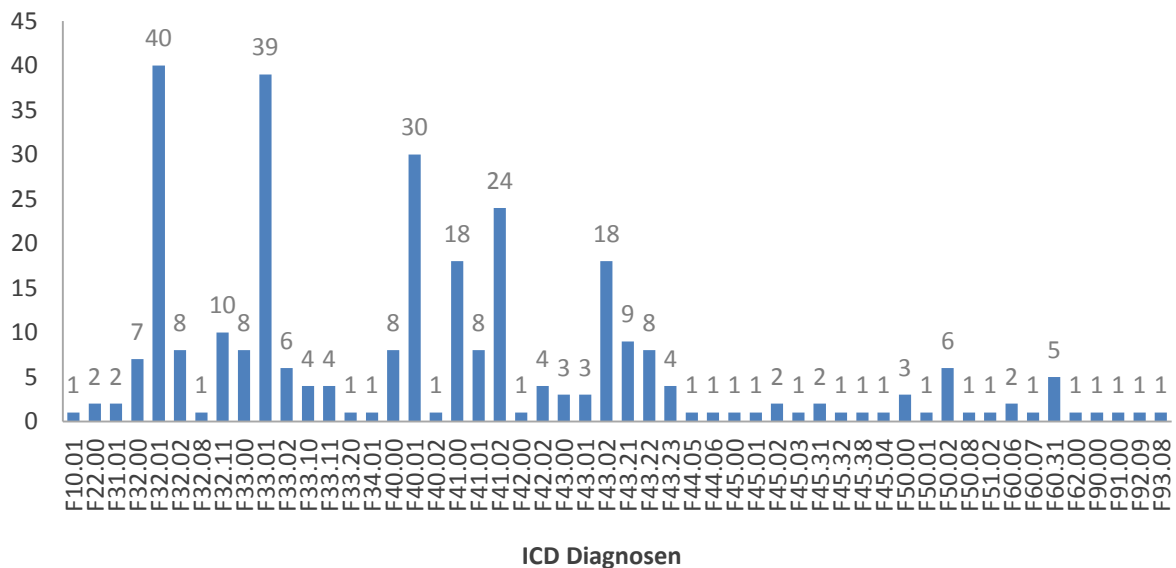


Abb. 11 Absolute Häufigkeiten der ICD-Diagnosen der erwachsenen Patienten

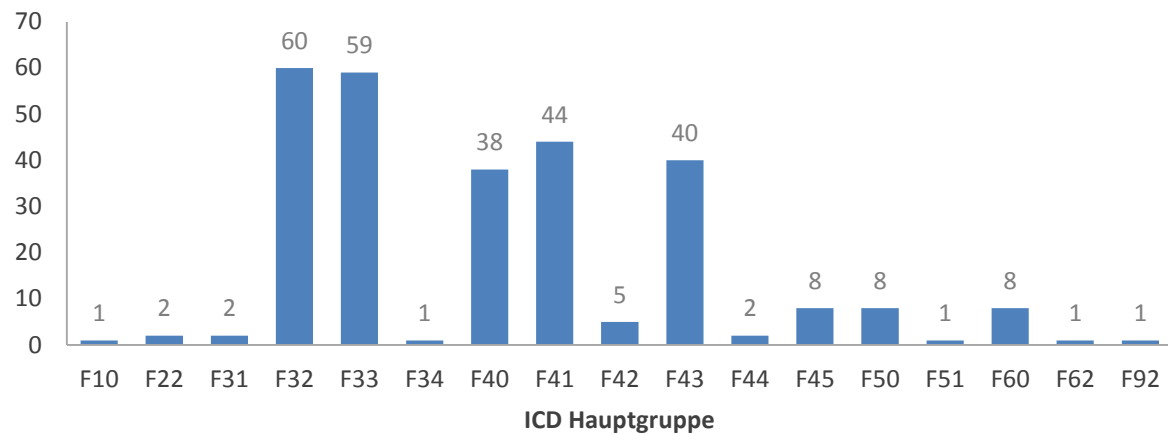


Abb. 12 Absolute Häufigkeiten der ICD-Hauptgruppendiagnosen der erwachsenen Patienten

Betrachtet man die Ausbildungsrichtung der Therapeuten, so wird ein Ungleichgewicht der Verteilung sichtbar: Lediglich 2,5 % ($n = 7$) der Behandlungen waren verhaltenstherapeutisch orientiert. Analytisch wurde in 5,7 % ($n = 16$), tiefenpsychologisch jedoch in 76,5 % ($n = 215$) der Therapien vorgegangen. Die geringe Häufigkeit kann mit der relativen Neuheit der betreffenden Ausbildungsrichtungen in der Akademie für Psychotherapie Erfurt begründet werden. Im Rahmen einer ärztlichen Weiterbildung wurden 10,3 % ($n = 32$) der Patienten behandelt. In elf Fällen war die Information nicht mehr erhebbar. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, erfolgte die Analyse nicht mit Fokus auf die verschiedenen psychotherapeutischen Vertiefungsrichtungen, sondern auf mögliche Unterschiede zwischen Psychologischen Psychotherapeuten ($n = 236$) und Therapeuten in ärztlicher Weiterbildung ($n = 32$).

Die Verteilung weiterer möglicher Einflussfaktoren auf die Therapiezielformulierung wurde in Tabelle 3 aufgegliedert. Angaben zum Familienstand fehlten bei sieben Patienten, der höchste erreichte Schulabschluss war in neun Fällen unbekannt. Informationen zur aktuellen beruflichen Situation lagen in 14 Fällen nicht vor, die Art der Weiterbildung des Therapeuten blieb in 13 Fällen unbekannt.

Tabelle 3 Häufigkeit weiterer Patientenmerkmale

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Familienstand	fehlt	29	9,4 %	
	ledig	133	42,9 %	52,8 %
	verheiratet	90	29,0 %	35,7 %
	getrennt lebend	23	7,4 %	9,1 %
	geschieden	28	9,0 %	11,1 %
	verwitwet	7	2,3 %	2,8 %
Höchster Ab- schluss	fehlt	31	10,0 %	
	Realschule/mittlere Reife	10	3,2 %	4,0 %
	Abitur/Fachabitur	41	13,2 %	16,4 %
	Lehre/Fachschule	150	48,4 %	60,0 %
	FH/Uni	68	21,9 %	27,2 %
	Haupt-/Volksschulabschluss	9	2,9 %	3,6 %
	Sonderschule	1	0,3 %	0,4 %
Berufliche Situa- tion	fehlt	36	11,6 %	
	arbeitslos	61	19,7 %	24,9 %
	Vollzeit	98	31,6 %	40,0 %
	Teilzeit	46	14,8 %	18,8 %
	Ausbildung	44	14,2 %	18,0 %
	nicht berufstätig	25	8,1 %	10,2 %
Alter	fehlt	11		
	18-22	52	16,8 %	19,3 %
	23-27	48	15,5 %	17,7 %
	28-34	50	16,1 %	18,5 %
	35-41	50	16,1 %	18,5 %
	42-51	56	18,1 %	20,7 %
	52-66	43	13,9 %	15,9 %
Weiterbildung	fehlt	14	4,5 %	
	Arzt	32	10,3 %	11,9 %
	Psychologe	264	85,2 %	88,1 %

6.2.2 Kinder und jugendliche Patienten

Informationen zum Geschlecht lagen hier für alle Fälle aus dem Datensatz vor. Es handelte sich zu 45,5 % (n = 135) um männliche und zu 54,5 % (n = 162) um weibliche Patienten. In zwei Fällen fehlten Angaben zum Alter. Der Altersmedian für die übrigen Patienten lag bei 11,0 Jahren mit einer Standardabweichung von 4,2 Jahren. Das Minimum betrug 3 Jahre, das Maximum 20 Jahre. Abbildung 13 zeigt die Altersverteilung nach Geschlecht der Patienten getrennt.

Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung des Alters wurden für die Analyse Altersgruppen bestimmt, welche in etwa die gleiche Fallzahl aufweisen: 3–7 Jahre ($n = 67$, 22,6 %), 8–9 Jahre ($n = 52$, 17,5 %), 10–12 Jahre ($n = 61$, 20,5 %), 13–16 Jahre ($n = 77$, 25,9 %) und 17–20 Jahre ($n = 38$, 12,8 %).

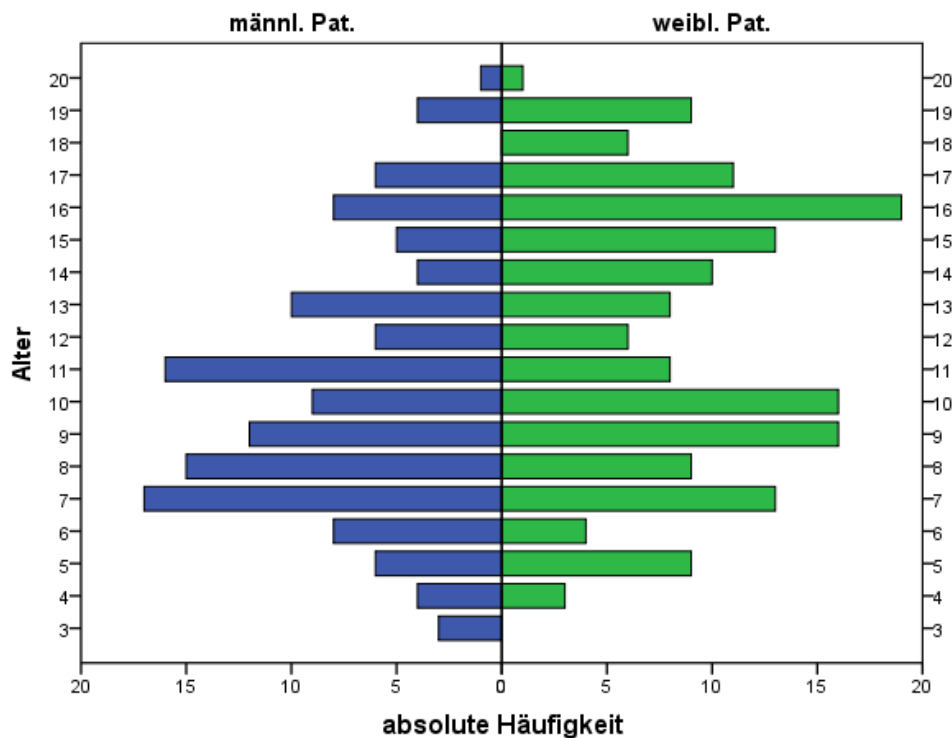


Abb. 13 Altersverteilung der Kinder und jugendlichen Patienten

Die Hauptdiagnosen verteilten sich auf 65 Diagnosen der Gruppe F des ICD-10 aus 21 ICD-Hauptgruppen. Abbildung 14 kann die genaue Verteilung je Diagnose entnommen werden. Abbildung 15 zeigt die Patienten je ICD-Hauptgruppe (Vgl. Tab. 7, 6.3.2 *Taxonomie der Therapieziele*). Die Hauptgruppen stehen dabei für folgende Diagnosen: F11 = *Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide*, F25 = *Schizoaffektive Störungen*, F32 = *Depressive Episode*, F33 = *Rezidivierende depressive Störung*, F40 = *Phobische Störungen*, F41 = *Andere Angststörungen*, F43 = *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*, F45 = *Somatoforme Störungen*, F50 = *Essstörungen*, F60 = *Spezifische Persönlichkeitsstörungen*, F63 = *Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle*, F84 = *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen*, F90 = *Hyperkinetische Störungen*, F91 =

Störungen des Sozialverhaltens, F92 = Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, F93 = Emotionale Störungen des Kindesalters, F94 = Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und F98 = Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

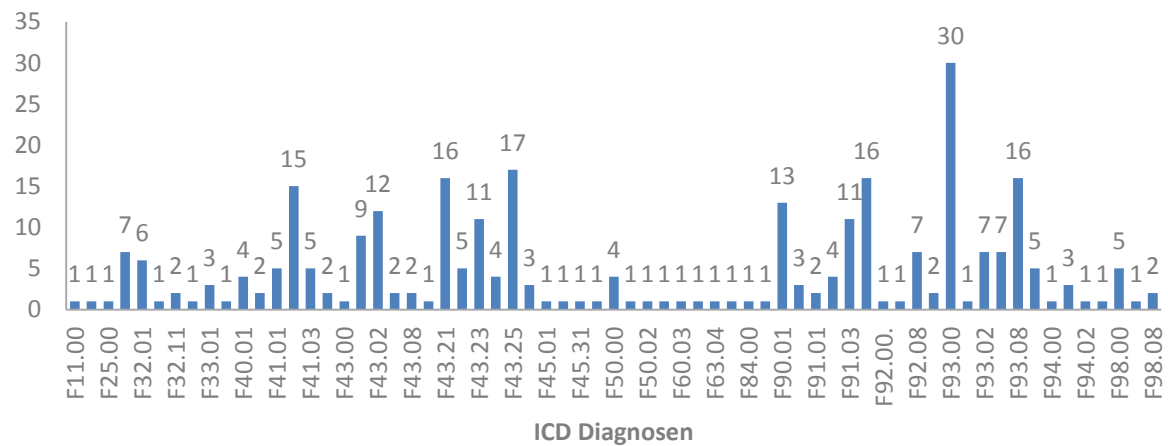


Abb. 14 Absolute Häufigkeiten der ICD-Diagnosen der Kinder und jugendlichen Patienten

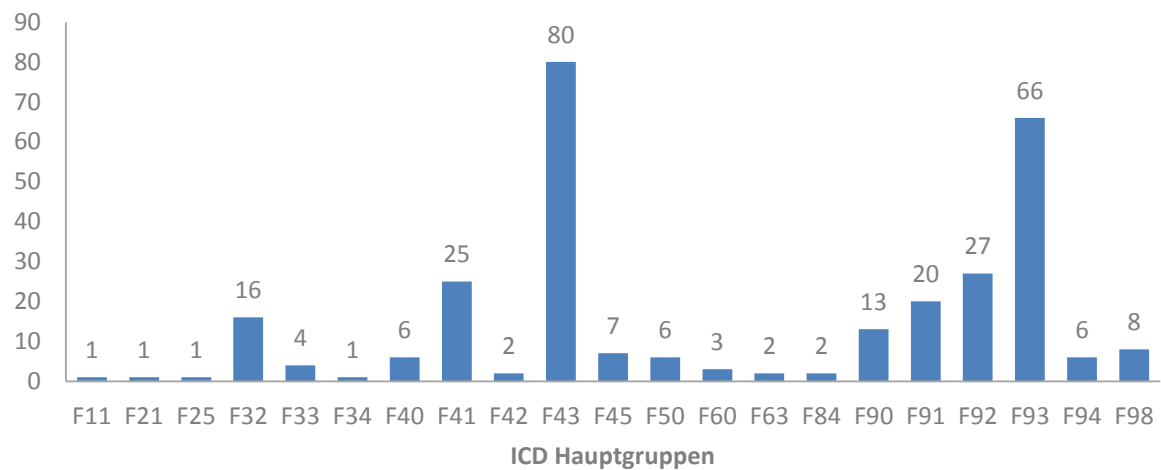


Abb. 15 Absolute Häufigkeiten der ICD-Hauptgruppendiagnosen der Kinder und jugendlichen Patienten

Für die Untergruppe der Kinder und jugendlichen Patienten konnten keine weiteren Patientenmerkmale ermittelt werden. Ob beispielsweise ein Kindergarten- bzw. Schulbesuch erfolgte, wurde in der Datenbank nicht erfasst.

6.3 Methoden

6.3.1 Software

Die erhobenen Daten der Ausbildungstherapien der Akademie für Psychotherapie Erfurt wurden in eine Datenbank überführt. Dazu fand Microsoft Access 2003 Verwendung. Zur ersten Sichtung und zum Export der Daten wurde Microsoft Access 2010 genutzt. Alle Codierungen und Berechnungen erfolgten in IBM SPSS Statistics 19. Weiterhin genutzt wurden: Microsoft Excel 2010, Microsoft Word 2010 und Apple Safari 5.1.2.

6.3.2 Taxonomie der Therapieziele

Bei der Akademie für Psychotherapie werden die vereinbarten Ziele der jeweiligen Therapien in drei Bereichen formuliert. Beim Bereich I handelt es sich um ‚Symptomreduktion‘, beim Bereich II um ‚Verhalten‘, beim Bereich III der erwachsenen Patienten um ‚Selbstregulation‘ und bei Bereich III der Kinder und Jugendlichen um ‚Reife‘. In jedem der Bereiche sollen jeweils drei Kriterien angegeben werden, welche eine Überprüfung der vereinbarten Ziele ermöglichen. Um die Einflussfaktoren auf die Therapiezielformulierung untersuchen zu können, mussten die frei formulierten Ziele kategorisiert werden. Hierzu wurde keins der zahlreichen bestehenden Systeme verwendet, sondern der Versuch einer neuen Zuordnung unternommen. Die Taxonomie von Therapiezielen ist in den letzten 15 Jahren stärker in den Fokus der Forschung gerückt und dabei gab es auch verschiedene Versuche, Schulen übergreifende Klassifikationen zu finden. Für Details sei auf den Abschnitt über bestehende Klassifikationssysteme *4.3.2 Erfassung und Taxonomie von frei formulierten Therapiezielen* in dieser Arbeit verwiesen. Auf die größte Resonanz stieß ein Instrument, welches am Psychologischen Institut der Universität Zürich entwickelt wurde und aktuell in der vierten Auflage vorliegt: Der von Grosse-Holtforth und Grawe (2002) entwickelte ‚Berner Inventar für Therapieziele‘ (BIT). Die Herleitung erfolgte in mehreren Schritten. Er wurde empirisch überprüft und dient der inhaltlichen Kategorisierung von Therapiezielen. Der BIT hat drei Abstraktionsebenen bestehend aus fünf Oberkategorien, 31 Kategorien und 50 Unterkategorien. Er setzt sich aus der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) und der Therapiezielcheckliste (BIT-C) zusammen. Das Instrument wird von den Autoren als erfolgreiche Konstruktion einer Taxonomie bewertet: „ ... the BIT-T provides a reliable, valid, and useful categorization of treatment goal themes that can be

used for a wide range of research as well as practical purposes“ (S. 97). Auch andere Autoren heben die gute Differenzierung hervor (Vergl. Dirmaier, Koch, Kowski u. Schulz, 2002). Mit dem BIT-T scheint also ein angemessenes Instrument zur Therapiezielkategorisierung vorhanden zu sein. Warum er dennoch nicht geeignet für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit war, wird bei näherer Betrachtung der verwendeten Daten deutlich: In den Datensätzen der Akademie für Psychotherapie Erfurt waren die Diagnosen nicht ubiquitär verteilt, vielmehr lag der quantitative Schwerpunkt im Bereich der erwachsenen Patienten auf Depressiven Störungen, Phobischen- und Angststörungen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Tabelle 4 Verteilung der ICD-Hauptgruppendiagnosen der erwachsenen Patienten

ICD-Hauptgruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	1	0,4	0,4
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	2	0,7	0,7
Bipolare affektive Störung (F31)	2	0,7	0,7
Depressive Episode (F32)	60	21,4	21,4
Rezidivierende depressive Störung (F33)	59	21	21
Anhaltende affektive Störungen (F34)	1	0,4	0,4
Phobische Störungen (F40)	38	13,5	13,5
Andere Angststörungen (F41)	44	15,7	15,7
Zwangsstörung (F42)	5	1,8	1,8
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	40	14,2	14,2
Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] (F44)	2	0,7	0,7
Somatoforme Störungen (F45)	8	2,8	2,8
Essstörungen (F50)	8	2,8	2,8
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	1	0,4	0,4
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	8	2,8	2,8
Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns (F62)	1	0,4	0,4
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	1	0,4	0,4
Gesamt	282	100	100

Im Bereich der Patienten unter 21 Jahren, die von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt wurden, waren vor allem *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Emotionale Störungen des Kindesalters* sowie *Kombinierte*

Störungen der Emotionen und des sozialen Verhaltens relevant. Tabelle 4 zeigt die prozentuale Verteilung der ICD-Hauptgruppen der bei der Akademie für Psychotherapie Erfurt gespeicherten Daten der Erwachsenen, Tabelle 5 die der Kinder und Jugendlichen.

Tabelle 5 Verteilung der ICD-Hauptgruppendiagnosen der Kinder- und jugendlichen Patienten

ICD-Hauptgruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode (F11)	1	0,3	0,3
Schizotype Störung (F21)	1	0,3	0,3
Schizoaffektive Störungen (F25)	1	0,3	0,3
Depressive Episode (F32)	16	5,4	5,4
Rezidivierende depressive Störung (F33)	4	1,3	1,3
Anhaltende affektive Störungen (F34)	1	0,3	0,3
Phobische Störungen (F40)	6	2	2
Andere Angststörungen (F41)	25	8,4	8,4
Zwangsstörung (F42)	2	0,7	0,7
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	80	26,9	26,9
Somatoforme Störungen (F45)	7	2,4	2,4
Essstörungen (F50)	6	2	2
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	3	1	1
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)	2	0,7	0,7
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	2	0,7	0,7
Hyperkinetische Störungen (F90)	13	4,4	4,4
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	20	6,7	6,7
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	27	9,1	9,1
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	66	22,2	22,2
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)	6	2	2
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	8	2,7	2,7
Gesamt	297	100	100

Mit einer Fallzahl von 281 (Erwachsene) bzw. 297 (Kinder und Jugendliche) Patienten, hätte eine Einteilung in die 31 Kategorien des BIT keine sinnvollen Ergebnisse liefern können. Aufgrund der Verteilung der Diagnosen und der Art der Dokumentation im Datensatz hätte eine Zuordnung zu den Oberkategorien zu einer Anhäufung von Fällen in der BIT-

Kategorie ‚Problem-/Symptombezogen‘ geführt: Tabelle 6 zeigt die fünf Oberkategorien und 31 Kategorien des BIT in der aktuellen Version 4.0 unter Weglassen der sogenannten Restkategorie:

Tabelle 6 Oberkategorien und Kategorien des BIT, Version 4.0

Problem-/Symptombezogen	Interpersonal	Wohlsein	Orientierung	Selbstentwicklung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ depr. Erleben ▪ Suizid ▪ Ängste ▪ Zwänge ▪ Traumata ▪ Sucht ▪ Essverhalten ▪ Schlaf ▪ Sexualität ▪ körperbez. P ▪ Stress ▪ Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partnerschaft ▪ Aktuelle Fam. ▪ Herkunftsfam. ▪ Andere Beziehungen ▪ Alleinsein, Trauer ▪ Selbstbehauptung ▪ Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewegung, Aktivität ▪ Entspannung ▪ Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstreflexion u. Zukunft ▪ Sinnfindung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstwert ▪ Selbstverwirklichung ▪ Selbstkontrolle ▪ Gefühlsregulation

Ein Grund für die zu erwartende ungleichmäßige Kategorisierung ist die Verteilung der Diagnosen: Bei den Erwachsenen machen *Depressive Episoden* und *Rezidivierende depressive Störungen* zusammen 42,4 % der Diagnosen aus. *Phobische Störungen* und *Andere Angststörungen* bedingen weitere 29,2 %, *Reaktionen auf schwere Belastungen* und *Anpassungsstörungen* 14,2 %. Es erscheint schlüssig, dass auch bei wenig störungsspezifischen Zielformulierungen ein Ungleichgewicht auftreten muss oder doch zumindest mit wenig signifikanten Ergebnissen zu rechnen ist. Weiterhin sind die Ziele der in der Akademie für Psychotherapie Erfurt durchgeführten Therapien nach dem erwähnten Schema dokumentiert. Da sich der Bereich I also immer mit der Symptomreduktion beschäftigt, wäre auch hier eine Klassifikation in ‚Problem-/Symptombezogen‘ schwer umgänglich oder würde zu einer Doppelkategorisierung führen. Dies ist im BIT zwar möglich, würde aber nicht zur Ergebnisqualität beitragen. Ebenso verhält es sich mit dem dritten Bereich, der ‚Selbstregulation‘ bzw. ‚Reife‘: Die Oberkategorie ‚Selbstentwicklung‘ im BIT enthält die Kategorie ‚Selbstkontrolle‘, was auch hier zu Doppelkategorisierungen führen würde. Als letzter Punkt muss angeführt werden, dass Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung des BIT keine besondere Beachtung fanden. So existiert keine gesonderte Version für Kinder. Der Datensatz beinhaltet 297 Fälle aus Therapien von Patienten unter 21 Jahren,

die von einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandelt wurden, was 51 % aller Fälle im Datensatz entspricht. Um diesen Teil der Therapieziele auszuwerten, hätte entweder ebenfalls der BIT angewandt werden müssen, oder ein eigenes Taxonomiesystem für Kinder und Jugendliche entwickelt werden müssen. Bei der Verwendung des BIT hätten Qualitätsverluste in Kauf genommen werden müssen, bzw. hätten Fälle nicht bearbeitet werden können. Dies wäre ebenfalls stark zulasten der Ergebnisqualität gegangen. Die Entwicklung eines auf den Datensatz abgestimmten Instruments versprach daher die besten Ergebnisse.

Nach Bortz und Göring (2009) soll gute Taxonomie folgende Kriterien erfüllen: Jedes Objekt darf in nur eine Kategorie fallen: Exklusivität. Gleichzeitig sollen die Elemente erschöpfend beschrieben werden: Exhaustivität. Zudem sollen die gewählten Kategorien möglichst präzise beschrieben werden: Genauigkeit. Die Entwicklung der hier gewählten Kategorien erfolgte in Anlehnung an Untersuchungen von Göllner (1983) und Riehl-Emde u. Vogler (1990), die ähnliche Kategorien entwickelten. Göllner wählte folgende sechs Kategorien: ‚Interpersonaler Bereich‘, ‚Partner/Familie‘, ‚Individuelles Wachstum‘, ‚Symptomatik‘, ‚Beruf und Freizeit‘ sowie ‚Sonstiges‘. Riehl-Emde u. Vogler teilten ein in: ‚Zwischenmenschlicher Kontakt‘, ‚Intrapersonaler Bereich‘, ‚Symptomatik‘, ‚Arbeit/Freizeit‘, sowie auch hier ‚Sonstiges‘. Des Weiteren fand das ‚Kategorisierungssystem individueller Therapieziele‘ (KITZ), welches Bestandteil des Qualitätssicherungs- und Dokumentationssystems Psy-BaDo (Basisdokumentation Psychotherapie; Heuft u. Senf, 1998) ist, Beachtung. Dieses Kategoriensystem beinhaltet fünf Hauptkategorien sowie 130 Unterkategorien. Dabei umfassen die Hauptkategorien die ‚Intrapsychischen Probleme und Konflikte‘, die ‚Interaktionellen, psychosozialen Probleme und Konflikte‘, die ‚Körperbezogenen Probleme und Symptome‘, die ‚Medikamenten-/stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchte‘, sowie ‚Sozialmedizinische und Rehabilitationsziele‘.

Mit dem Ziel der Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Zielformulierung wurden für das hier entwickelte Taxonomiesystem sechs Zielkategorien gewählt: ‚Beruf/Freizeit‘, ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘, ‚Körperliche Symptomatik‘, ‚Intrapersonaler Bereich‘, ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Dabei wurden die beschriebenen drei Zielbereiche einzeln ausgewertet, so dass für jeden Patienten bis zu drei Zielkategorien zugeordnet wurden. In Tabelle 7 sind Signalwörter aufgelistet, die zur Zuordnung des Falls zur jeweiligen Kategorie führten. Dabei wurden klar formulierte

Ziele vor diffusen Umschreibungen bewertet. Es wurde stets die Kategorie gewählt, die den Inhalt des formulierten Ziels am erschöpfendsten und spezifischsten beschrieb.

Tabelle 7 Taxonomie und Signalwörter der Zielkategorien

Kategorien	Signalwörter
Beruf/Freizeit	Antrieb Leistung Stimmung Arbeitsumfeld
Zwischenmenschliche Kontakte	eigene & fremde Bedürfnisse wahrnehmen Familie Partner Kollegen
Körperliche Symptomatik	Schmerzen (somatisch) Schlafstörungen Enuresis
Intrapersonaler Bereich	Persönliches Wachstum Selbstwert Identitätsgefühl Vertrauen in sich und andere Angst (außer spezifisch in anderem Cluster) Panik
Bewältigung Substanzgebrauch Entwicklungshemmungen aufheben	Abhängigkeit Sexualität Aggression & Selbstverletzungen Urvertrauen Zwänge psychosomatische Symptome Konflikt

Um dem Kriterium der Exklusivität gerecht zu werden, müssen mögliche Überschneidungen ausgeschlossen werden. Eine nicht eindeutige Zuordnung erscheint hier bei den Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakten‘ bzw. bei ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ durchaus möglich. Darum soll auf die Zuordnung zu den Kategorien näher eingegangen werden: ‚Beruf/Freizeit‘ ist auf die formale Leistung und den Antrieb ausgerichtet. Eingeschlossen wurden Fälle, deren Zielformulierung erkennen ließ, dass ein Leistungsknick erfolgt war, der Patient aufgrund seiner Erkrankung hinter seinen beruflichen Möglichkeiten zurückblieb oder der Fokus der Formulierung eindeutig auf der beruflichen Tätigkeit oder Freizeitgestaltung lag. Die Katego-

rie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ hingegen ist auf Beziehungen zu anderen Personen angelegt: Partnerschaftsprobleme, wiederkehrende Konflikte mit Kollegen, auch im Sinne des Mobbing, oder Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme bilden hier wichtige Einschlusskriterien. Immer wieder trat die Formulierung „eigene und fremde Bedürfnisse wahrnehmen“ auf. Da die zusätzlich formulierten Kriterien es in der Mehrzahl der Fälle erkennen ließen, dass dabei die Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt stand, wurde auch dieses Ziel der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Beziehungen‘ zugeordnet. ‚Körperliche Symptomatik‘ beschränkte sich bei den meisten Patienten auf Schmerzen und verschiedene Formen von Schlafstörungen. Dazu wurden ebenfalls immer wieder auftretende Alpträume gezählt. Bei Kindern wurden Enuresis und Enkopresis als körperliches Symptom gewertet, da die Genesen multifaktoriell sind und so die Ursachen auch in den ausgewerteten Fällen nicht eindeutig geklärt waren. Explizit ausgeschlossen sind in dieser Kategorie körperliche Symptome, welche eindeutig auf eine psychosomatische Ursache zurückgeführt werden können. Beispielhaft erwähnt seien hierzu nichtsomatische Lähmungen der Extremitäten oder Schluckbeschwerden. Schwierigkeiten dieser Art wurden in der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ verschlüsselt. In die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ wurden Ziele aufgenommen, die sich auf Selbstwert, Identität und Vertrauen in sich und andere beziehen. Auch Paniksymptome und Angst wurden hier aufgenommen, sofern es sich nicht um eine spezifische Angst handelte, die eindeutig einer anderen Kategorie zuzuordnen war. War das Ziel der Langzeitentzug von Alkohol oder anderen abhängig machenden Substanzen, so wurde ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ verschlüsselt. Nicht stoffgebundene Süchte waren in der Datenbank nicht vertreten, wären aber auch hier eingegliedert worden. Die letzte Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ beinhaltet psychosomatische Symptome, jegliche Form von Aggressivität im Sinne von selbst- oder fremdverletzendem oder -gefährdendem Verhalten, vorhandene Störungen in der Entwicklung des Urvertrauens und aufgetretene Zwänge. Konflikte wie Abhängigkeit vs. Individuation, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie, Selbstwert vs. Objektwert wurden ebenso hier zugeordnet wie Über-Ich- und Schuldkonflikte. Andere Konflikte kamen im Datensatz nicht vor. Zusätzlich hier eingruppiert wurden andere Störungen der Sexualität, wenn nicht eindeutig eine andere Komponente der Zielformulierung im Vordergrund stand.

Alle Zielformulierungen in der Datenbank konnten eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden, das Kriterium der Exhaustivität erscheint also für den vorliegenden Datensatz ebenfalls erfüllt. Aufgrund der Fallzahl der zugrunde liegenden Datenbank und des Vorgehens der getrennten Analyse der drei Bereiche ‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ bzw. ‚Reife‘, dürfte die Taxonomie neuer Fälle unproblematisch verlaufen, sofern diese der gleichen Dokumentation folgen.

Die Genauigkeit der Zuordnung wurde durch Einbeziehung nicht nur der jeweiligen Zielformulierungen, sondern auch der entsprechenden Kriterien zur Zielerreichung verbessert. Konnte eine Formulierung noch missverständlich bzw. ungenau sein, so stieg die Wahrscheinlichkeit einer korrekten Erfassung durch die Aufnahme von bis zu drei zusätzlichen Informationen. Da die Datenerfassung die konsequente Mitarbeit von allen beteiligten Therapeuten erfordert, waren nicht bei allen Datensätzen alle Angaben abrufbar. Die zur Verfügung gestellten Daten waren jedoch bei allen Patienten ausreichend, um eindeutige Kategorisierungen zu ermöglichen.

Ein weiteres Kriterium, welches Taxonomieversuche von Therapiezielen erfüllen sollten, ist die Validität. Hier spielt vor allem die Konstruktvalidität eine Rolle (Vergl. Grosse-Holtforth u. Grawe, 2002). Diese wird bei einigen Autoren mit der Inhaltsvalidität gleichgesetzt, (Vgl. Rossiter u. John, 2008). Die diagnosespezifischen Häufungen in den einzelnen Kategorien des entwickelten Kategorisierungssystems dürften also für eine Erfüllung des Kriteriums sprechen. Tabelle 8 zeigt beispielhaft die Verteilung im Zielbereich I der Erwachsenen für *Depressive Episoden*, *Rezidivierende Depressive Störungen*, *Andere Angststörungen* und *Phobische Störungen*.

Wie der Tabelle entnehmbar ist, betrug im Bereich ‚Symptomreduktion‘ der Erwachsenen der Unterschied für Ziele der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ zwischen den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Episode* lediglich 4,2 % (*Depressive Episode* 53,3 %, *Rezidivierende depressive Episode* 49,2 %). Auch die Verteilung in den restlichen Kategorien ist bei diesen beiden Diagnosen ähnlich. *Andere Angststörungen* wiesen in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ einen prozentualen Anteil von 45,5 % auf, in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ 22,7 %. Patienten mit der Diagnose *Phobische Störungen* formulierten in 36,8 % der Fälle ein Therapieziel der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ und in 15,8 % in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. Die Unterschiede waren hier größer, allerdings ist

die inhaltliche Verwandtschaft der Diagnosen im Gebiet Angst und Phobie auch nicht so eng wie bei den depressiven Störungen.

Tabelle 8 Kategorien je Diagnose

Zielkategorie	Depressive Episode	Rezidiv. Depressive Störungen	Andere Angststörungen	Phobische Störungen
Beruf/Freizeit	53,3 %	49,2 %	22,7 %	15,8 %
Zwischenmenschliche Kontakte	8,3 %	15,3 %	6,8 %	34,2 %
Körperliche Symptomatik	25,0 %	23,7 %	45,5 %	36,8 %
Intrapersonaler Bereich	6,7 %	3,4 %	11,4 %	13,2 %
Bewältigung Substanzgebrauch	1,7 %	0 %	4,5 %	0 %
Entwicklungshemmung aufheben	5,0 %	6,8 %	9,1 %	0 %
Gesamt	100 %	98,4 %	100 %	100 %

Prozente innerhalb der Diagnosen

Die hier beispielhaft gezeigten Ergebnisse lagen in ähnlicher Form in allen drei Zielbereichen vor, siehe dafür auch den Abschnitt 7.2 *Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien*.

Bei Verwendung des hier entwickelten Taxonomiesystems lag also nicht nur eine diagnosespezifische Häufung je Kategorie vor, es fand sich auch eine ähnliche Verteilung zwischen inhaltlich verwandten Diagnosegruppen.

Alle wichtigen Kriterien zur Überprüfung eines Systems zur Kategorisierung wurden von der entwickelten Systematik erfüllt.

6.3.3 Aufarbeitung des Datensatzes

Die Fälle lagen in der ursprünglichen Datenbank nicht nach erwachsenen bzw. Kindern und jugendlichen Patienten sortiert vor. Die Auswertung erfolgte aus methodischen und inhaltlichen Gründen getrennt. Hierfür wurde eine Altersgrenze von 18 Jahren gewählt. Dem entgegen wurden 21 Patienten über 18 Jahre, aber unter 21 Jahren als Kinder und Jugendliche ausgewertet, da sie von einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandelt wurden. Dies entspricht den Richtlinien, nach denen bei einer vorliegenden Entwicklungsverzögerung auch Erwachsene bis zum einundzwanzigsten Lebensjahr von einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandelt werden dürfen, sofern dies ihrem Entwicklungsstand entspricht. Sieben Patienten wurden keiner Auswertung zugeführt, da sie

von einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandelt wurden, aber deutlich älter waren als 21 Jahre (Alter in Jahren = 27, 56, 28, 52, 28, 25, 31).

Die 281 Fälle der Erwachsenen verteilten sich auf 17 Hauptgruppendiagnosen (siehe auch Tabelle 1). Die Verteilung war dabei nicht gleichmäßig, vielmehr waren Betonungen auf einzelne Diagnosen erkennbar. Um die Signifikanz der Ergebnisse zu erhöhen, wurden die sieben häufigsten Diagnosen zur Auswertung herangezogen und die restlichen Fälle unter *Sonstige* zusammengefasst. Durch die Bearbeitung von *Depressive Episode* (21,4 %), *Rezidivierende depressive Störungen* (21 %), *Phobische Störungen* (13,5 %), *Andere Angststörungen* (15,7 %), *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (14,2 %), *Somatoforme Störungen* (2,8 %) und *Essstörungen* (2,8 %), konnten 91,4 % aller Fälle abgebildet werden.

Für die 297 Fälle der Kinder und Jugendlichen wurde ebenso verfahren, allerdings war die Verteilung der Diagnosen etwas breiter gestreut (siehe Tabelle 2). Demzufolge mussten hier die zehn häufigsten Diagnosen betrachtet werden: Durch die sieben Diagnosegruppen *Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (26,9 %), *Emotionale Störungen des Kindesalters* (22,2 %), *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (9,1 %), *Andere Angststörungen* (8,4 %), *Störungen des Sozialverhaltens* (6,7 %), *Depressive Episode* (5,4 %), *Hyperkinetische Störungen* (4,4 %) konnten hier 83,1 % der Patienten erfasst werden. Durch Hinzunahme der Diagnosen *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (2,7 %), *Somatoforme Störungen* (2,4 %) und *Essstörungen* (2 %) konnten so 90,2 % der Fälle abgedeckt werden.

6.3.4 Statistische Methoden

Die hier auf ihren Einfluss zu untersuchenden, unabhängigen Variablen waren nominal skaliert: ‚ICD-10-Diagnosegruppe‘ (*Depressive Episode*, *Rezidivierende depressive Störung* usw.) und ‚Ausbildungsart‘ (*Arzt*, *Psychologischer Psychotherapeut*).

In dieser Situation konnte eine lineare Regressionsanalyse nicht eingesetzt werden, da ihre Voraussetzung normalverteilter und varianzhomogener Residuen nicht erfüllt war. Die logistische Regression besitzt viele Gemeinsamkeiten mit der linearen Regression. Anders als bei dieser Methode dürfen hier jedoch die unabhängigen und die abhängigen

Variablen nominal skaliert sein. Voraussetzung für die Durchführung ist, dass eine dichotome Codierung der abhängigen Variablen, also des Therapieziels, vorliegt. Die Klassifizierung der Therapieziele erfolgte in sechs Kategorien. Für jede Zielkategorie musste also eine getrennte Analyse erfolgen. Dafür wurde eine neue Variable erstellt: ‚Therapieziel im Bereich ‚Symptomreduktion‘ ist in ‚Beruf/Freizeit‘ codiert (nein = 0, ja = 1)‘. Die nächste neu zu erstellende Variable war also: ‚Therapieziel im Bereich ‚Symptomreduktion‘ ist in ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ codiert (nein = 0, ja=1)‘. Entsprechend wurde für alle sechs Kategorien und alle drei Zielbereiche verfahren. In der vorliegenden Arbeit werden exemplarisch ausgewählte Ergebnisse dargestellt, welche besonders signifikant sind oder einen hohen Wirkfaktor aufweisen. Durch die logistische Regression wurde eine Aussage darüber möglich, welchen Anteil die untersuchten Einflussfaktoren insgesamt auf die Formulierung in der jeweiligen Therapiezielkategorie hatten und auch welcher Anteil auf die einzelnen Merkmale fiel. Eine Berechnung der optimalen Regressionskurve war bei der logistischen Regression nicht möglich, so dass vom verwendeten Statistikprogramm mit einem iterativen Algorithmus eine Maximum-Likelihood-Lösung geschätzt wurde.

Aufgrund der Fallzahlen war es für die Logistische Regression der erwachsenen Patienten sinnvoll, die ICD-Gruppen F45 – *Somatoforme Störungen* und F50 – *Essstörungen* mit unter *Sonstige* zusammenzufassen.

Um die Passungsgüte des Modells abschätzbar zu machen, wurde das „Chi² nach Pearson“ bestimmt. Dabei wurde die Nullhypothese getestet, welche besagte, dass das vorhergesagte Modell die genutzten Daten adäquat abbilde, wobei eine hohe Irrtumswahrscheinlichkeit über der Anzahl der Freiheitsgrade (bei $p > 0,05$) demzufolge für eine gute Anpassung sprach (Vgl. Hosmer u. Lemeshow, 2000).

7 Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden, entsprechend der Fragestellung, die Häufigkeiten der sechs Zielkategorien einzeln und bezogen auf die Diagnosen der Patienten dargestellt. Die Bearbeitung erfolgte für die drei Zielbereiche ‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ bei den erwachsenen Patienten bzw. ‚Reife‘ bei den Kindern und jugendlichen Patienten getrennt. Eine die Ausbildungsrichtung der Therapeuten und das verwendete Verfahren betreffende Analyse fand nicht statt, da die Verteilung der entsprechenden Merkmale im verwendeten Datensatz zu homogen war, um aussagekräftige Ergebnisse erwarten zu können.

7.1 Häufigkeiten der Zielkategorien

Die formulierten Therapieziele wurden unter Verwendung des entwickelten Taxonomiesystems in eine der sechs Zielkategorien (‚Beruf/Freizeit‘, ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘, ‚Körperliche Symptomatik‘, ‚Intrapersonaler Bereich‘, ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘) eingeteilt. Um einen Überblick über die Verteilung der Therapieziele in diesen Kategorien zu geben, wurde in den folgenden Kapiteln die Häufigkeit nach den drei zu formulierenden Bereichen (‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ bzw. ‚Reife‘) aufgeschlüsselt.

7.1.1 Erwachsene

7.1.1.1 Therapiezielbereich ‚Symptomreduktion‘

Der Bereich ‚Symptomreduktion‘ stellte das erste Gebiet dar, in dem ein Therapieziel benannt werden sollte. Die häufigsten Kategorien waren dabei ‚Beruf/Freizeit‘ (33,1 %) und ‚Körperliche Symptomatik‘ (33,5 %). Es folgten ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (13,9 %). In einem Fall erfolgte keine Angabe, die Häufigkeiten der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	1	0,4 %	
Beruf/Freizeit	93	33,1 %	33,2 %
Zwischenmenschliche Kontakte	39	13,9 %	13,9 %
Körperliche Symptomatik	94	33,5 %	33,6 %
Intrapersonaler Bereich	25	8,9 %	8,9 %
Bewältigung Substanzgebrauch	6	2,1 %	2,1 %
Entwicklungshemmung aufheben	23	8,2 %	8,2 %
Gesamt	281	100,0 %	99,9 %

7.1.1.2 Therapiezielbereich ‚Verhalten‘

Der Bereich ‚Verhalten‘ war das zweite Gebiet, in dem Patient und Therapeut ein Therapieziel formulierten. Die häufigste Kategorie war dabei ‚Intrapersonaler Bereich‘ (43,8 %). Es folgten ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (22,1 %) und ‚Beruf/Freizeit‘ (12,8 %). In 15 Fällen erfolgte keine Angabe, die Häufigkeiten der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 10.

Tabelle 10 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	15	5,3 %	
Beruf/Freizeit	36	12,8 %	13,5 %
Zwischenmenschliche Kontakte	62	22,1 %	23,3 %
Körperliche Symptomatik	12	4,3 %	4,5 %
Intrapersonaler Bereich	123	43,8 %	46,2 %
Bewältigung Substanzgebrauch	6	2,1 %	2,3 %
Entwicklungshemmung aufheben	27	9,6 %	10,2 %
Gesamt	281	100,0 %	100 %

7.1.1.3 Therapiezielbereich ‚Selbstregulation‘

Der Bereich ‚Selbstregulation‘ war das letzte Gebiet, in dem Therapieziele festgelegt werden sollten. Die häufigste Kategorie war dabei ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (35,2 %), gefolgt von ‚Intrapersonaler Bereich‘ (34,9 %). Die Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ (10,7 %) und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (10,3 %) waren ähnlich häufig. In 15 Fällen erfolgte keine Angabe, die Verteilung der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 11.

Tabelle 11 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Selbstregulation‘

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	20	7,1 %	
Beruf/Freizeit	30	10,7 %	11,5 %
Zwischenmenschliche Kontakte	29	10,3 %	11,1 %
Körperliche Symptomatik	5	1,8 %	1,9 %
Intrapersonaler Bereich	98	34,9 %	37,6 %
Bewältigung Substanzgebrauch	0	0 %	0 %
Entwicklungshemmung aufheben	99	35,2 %	37,9 %
Gesamt	281	100,0 %	100 %

7.1.2 Kinder und jugendliche Patienten

7.1.2.1 Therapiezielbereich ‚Symptomreduktion‘

Der Bereich ‚Symptomreduktion‘ bildete auch hier das erste Gebiet, auf dem ein Therapieziel benannt werden konnte. Die häufigsten Kategorien waren dabei ‚Körperliche Symptomatik‘ (34,3 %) und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (22,2 %). Es folgte ‚Beruf/Freizeit‘ (18,5 %). In sechs Fällen erfolgte keine Angabe, die Häufigkeiten der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 12.

Tabelle 12 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	6	2,0 %	
Beruf/Freizeit	55	18,5 %	18,9 %
Zwischenmenschliche Kontakte	35	11,8 %	12,0 %
Körperliche Symptomatik	102	34,3 %	35,1 %
Intrapersonaler Bereich	33	11,1 %	11,3 %
Bewältigung Substanzgebrauch	0	0 %	0 %
Entwicklungshemmung aufheben	66	22,2 %	22,7 %
Gesamt	297	100,0 %	100 %

7.1.2.2 Therapiezielbereich ‚Verhalten‘

Im Bereich ‚Verhalten‘ sollten auch für die Kinder und jugendlichen Patienten Therapieziele vereinbart werden. Die häufigste Kategorie war dabei ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (30,6 %). Es folgten ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (26,6 %) und ‚Intraperso-

naler Bereich' (17,5 %). In neun Fällen erfolgte keine Angabe, die Häufigkeiten der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 13.

Tabelle 13 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	9	3,0 %	
Beruf/Freizeit	43	14,5 %	14,9 %
Zwischenmenschliche Kontakte	79	26,6 %	27,4 %
Körperliche Symptomatik	20	6,7 %	6,9 %
Intrapersonaler Bereich	52	17,5 %	18,1 %
Bewältigung Substanzgebrauch	3	1,0 %	1,0 %
Entwicklungshemmungen aufheben	91	30,6 %	31,6 %
Gesamt	297	100,0 %	99,9 %

7.1.2.3 Therapiezielbereich ‚Reife‘

Abweichend von den erwachsenen Patienten, war für die Subgruppe der Kinder und jugendlichen Patienten das letzte Gebiet, auf dem Therapieziele festgelegt werden sollten, der Bereich ‚Reife‘. Die häufigste Kategorie war dabei ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (34,0 %). Es folgten ‚Beruf/Freizeit‘ (21,2 %) und ‚Intrapersonaler Bereich‘ (17,5 %). In 16 Fällen erfolgte keine Angabe, die Häufigkeiten der verbleibenden Kategorien zeigt Tabelle 14.

Tabelle 14 Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
fehlt	16	5,4 %	
Beruf/Freizeit	63	21,2 %	22,4 %
Zwischenmenschliche Kontakte	101	34,0 %	35,9 %
Körperliche Symptomatik	5	1,7 %	1,8 %
Intrapersonaler Bereich	52	17,5 %	18,5 %
Bewältigung Substanzgebrauch	0	0 %	0 %
Entwicklungshemmungen aufheben	60	20,2 %	21,4 %
Gesamt	297	100,0 %	100 %

7.2 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Einordnung der Therapieziele in die Zielkategorien für alle drei Zielbereiche dargestellt. Im Folgenden wird die Verteilung der acht bzw. elf Diagnosegruppen auf die sechs Zielkategorien beschrieben.

7.2.1 Erwachsene Patienten

7.2.1.1 Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

Bei den 281 Fällen der erwachsenen Patienten fehlte in nur einem Fall (0,4 %) die Angabe zum Therapieziel im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘. Abbildung 16 zeigt die Verteilung der prozentualen Häufigkeit, mit der Patienten mit verschiedenen Diagnosen in den jeweiligen Zielkategorien formulierten.

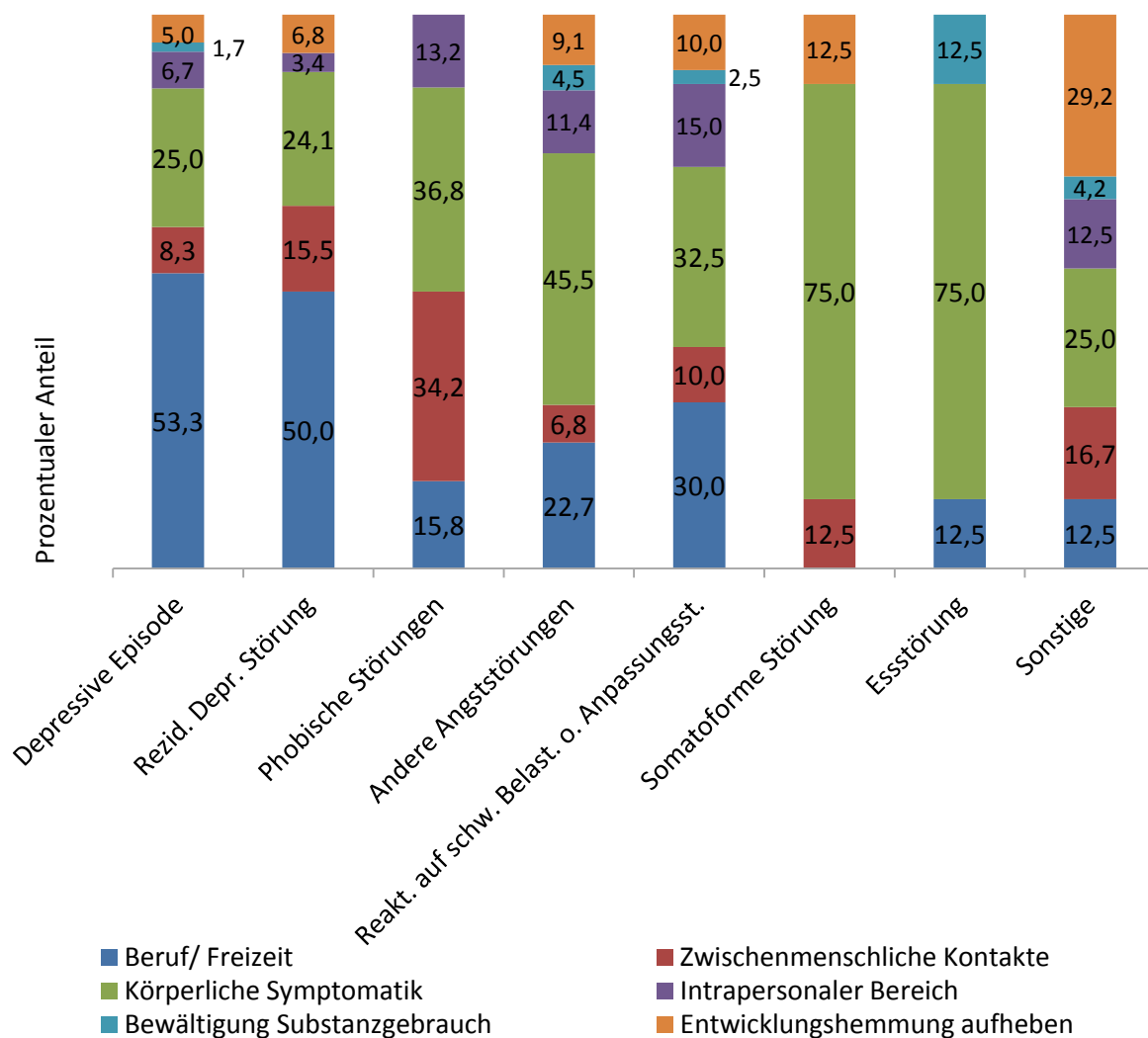


Abb.16 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Symptomreduktion‘

Wie Abbildung 16 zu entnehmen ist, waren die Verteilungen der Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störungen* annähernd gleich: Patienten mit diesen Diagnosen formulierten am häufigsten ein Therapieziel aus der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘, gefolgt von einem Ziel in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘. Die ähnlichen Verteilungen entsprachen, aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit der Diagnosen, der erwarteten Verteilung.

Für Patienten mit allen anderen ICD-Diagnosen wurde am häufigsten in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ formuliert (*Phobische Störung* 36,8 %, *Anderer Angststörungen* 45,5 %, *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* 32,5 %, *Somatoforme Störungen* 75 %, *Essstörungen* 75 %). Besonders die hohen Werte der Diagnosegruppen *Somatoforme Störungen* und *Essstörungen* (beide 75 %) sind hier auffallend. Relativierend muss die vergleichsweise geringe Fallzahl angeführt werden, siehe dafür auch Tabelle 15.

Für Patienten mit *Anderen Angststörungen* wurde deutlich seltener als für *Phobische Störungen* in der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ formuliert. Ein hoher Anteil von Fällen fand sich stattdessen in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘.

Tabelle 15 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

	Beruf/Freizeit	Zwischenmenschliche Kontakte	Körperliche Symptomatik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Substanzgebrauch	Entwicklungshemmung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	32	5	15	4	1	3	60
Rezidivierende depressive St.	29	9	14	2	0	4	58
Phobische Störung	6	13	14	5	0	0	38
Anderer Angststörung	10	3	20	5	2	4	44
Reakt. auf schw. Belast. o. A...	12	4	13	6	1	4	40
Somatoforme Störung	0	1	6	0	0	1	8
Essstörung	1	0	6	0	1	0	8
Sonstige	3	4	6	3	1	7	24
Gesamt	93	39	94	25	6	23	280

Prozentual gesehen wählten mehr als doppelt so viele Patienten mit *Phobischen Störungen* wie Patienten mit anderen Diagnosen die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘. Die Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ war für diesen Zielbereich vernachlässigbar gering besetzt, mit 2,1 % stellte sie die am seltensten gewählte Kategorie dar. Die prozentualen Anteile von ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ lagen ebenfalls unter 10 % (Vgl. Abbildung 1).

Um zu überprüfen, ob sich die Verteilung der Zielkategorien auf die Diagnosen, untereinander unterschied, wurde der Chi²-Test durchgeführt. Das Ergebnis betrug 90,1 (df: 42, $p < 0,001$). Es lag also eine Diagnosespezifität der Therapieziele vor.

7.2.1.2 Zielbereich ‚Verhalten‘

Im Zielbereich ‚Verhalten‘ fehlten bereits bei 5 % ($n = 14$) der Patienten Angaben zum Therapieziel. Wie Abbildung 17 zeigt, war die prozentuale Verteilung der Zielkategorien für die Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* auch in diesem Bereich annähernd gleich.

Tabelle 16 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘

	Beruf/ Freizeit	Zwischenmenschliche Kontakte	Körperliche Sympto- matik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Sub- stanzgebrauch	Entwicklungshem- mung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	10	16	1	26	1	3	57
Rezidivierende depressive St.	7	15	3	26	2	4	57
Phobische Störung	5	7	2	19	0	1	34
Andere Angststörung	4	2	1	25	1	9	42
Reakt. auf schw. Belast. o. A...	10	13	2	7	0	6	38
Somatoforme Störung	0	0	0	7	0	1	8
Essstörung	0	3	3	1	0	1	8
Sonstige	0	6	0	12	2	2	22
Gesamt	36	62	12	123	6	27	266

Wie Tabelle 16 und Abbildung 17 zu entnehmen, lag bei fast allen Diagnosegruppen der Schwerpunkt auf der Zielkategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. Besonders hoch fiel der pro-

zentuale Anteil bei Patienten mit der Diagnose *Somatoforme Störung* aus. Auch im Bereich ‚Verhalten‘ war die Fallzahl in dieser Diagnosegruppe eher gering. Ausgenommen von der Schwerpunktsetzung in ‚Intrapersonaler Bereich‘ waren lediglich Patienten mit den Diagnosen *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* und *Essstörungen*. Patienten aus der ersten Gruppe formulierten am häufigsten in der Zielkategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘, jedoch waren die übrigen Zielbereiche recht heterogen. Patienten, welche unter einer *Essstörung* litten, hatten erwartungsgemäß häufiger Ziele in den Kategorien ‚Körperliche Symptomatik‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘.

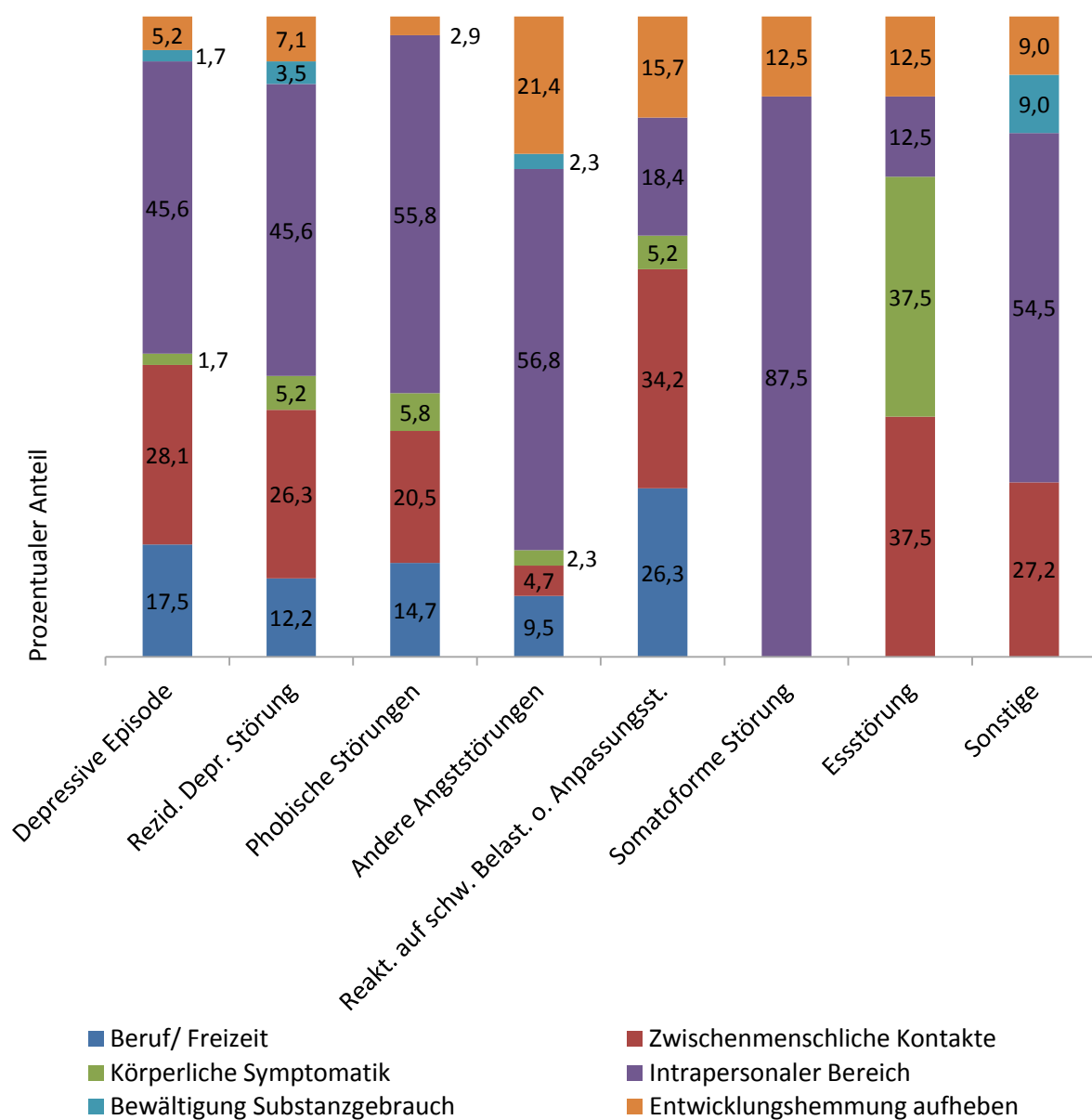


Abb. 17 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Verhalten‘; Prozente innerhalb der ICD-Gruppe

Ein Viertel der Patienten mit *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* formulierte in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. In den übrigen Kategorien war dieser Anteil deutlich geringer. Die Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ spielte vorrangig für Patienten mit der Diagnose *Somatoforme Störungen* eine Rolle. Die Fallzahl für ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ war auch in diesem Zielbereich gering. Patienten mit der Diagnose *Andere Angststörung* formulierten auffallend häufig in der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘.

Für den Beweis, dass sich die Verteilung der Zielkategorien auf die Diagnosen auch in diesem Bereich voneinander unterschied, wurde der Chi²-Test durchgeführt. Das Ergebnis betrug 81,41 (df: 42, $p < 0,001$). Es konnte also auch hier von diagnosespezifischen Therapiezielen ausgegangen werden.

7.2.1.3 Zielbereich ‚Selbstregulation‘

Im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ fehlten bei immerhin 7,1 % ($n = 20$) der Patienten Angaben zum Therapieziel. Wie Abbildung 18 zeigt, blieben die prozentualen Verteilungen der Zielkategorien für die Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* auch in diesem Bereich vergleichbar.

Tabelle 17 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Selbstregulation‘

	Beruf/Freizeit	Zwischenmenschliche Kontakte	Körperliche Symptomatik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Substanzgebrauch	Entwicklungshemmung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	3	7	0	35	0	12	57
Rezidivierende depressive St.	5	6	0	31	0	12	54
Phobische Störung	6	5	0	8	0	14	33
Andere Angststörung	8	6	2	7	0	18	41
Reakt. auf schw. Belast. o. A...	6	3	0	8	0	22	39
Somatoforme Störung	1	0	0	0	0	7	8
Essstörung	0	0	2	1	0	4	7
Sonstige	1	2	1	8	0	10	22
Gesamt	30	29	5	98	0	99	261

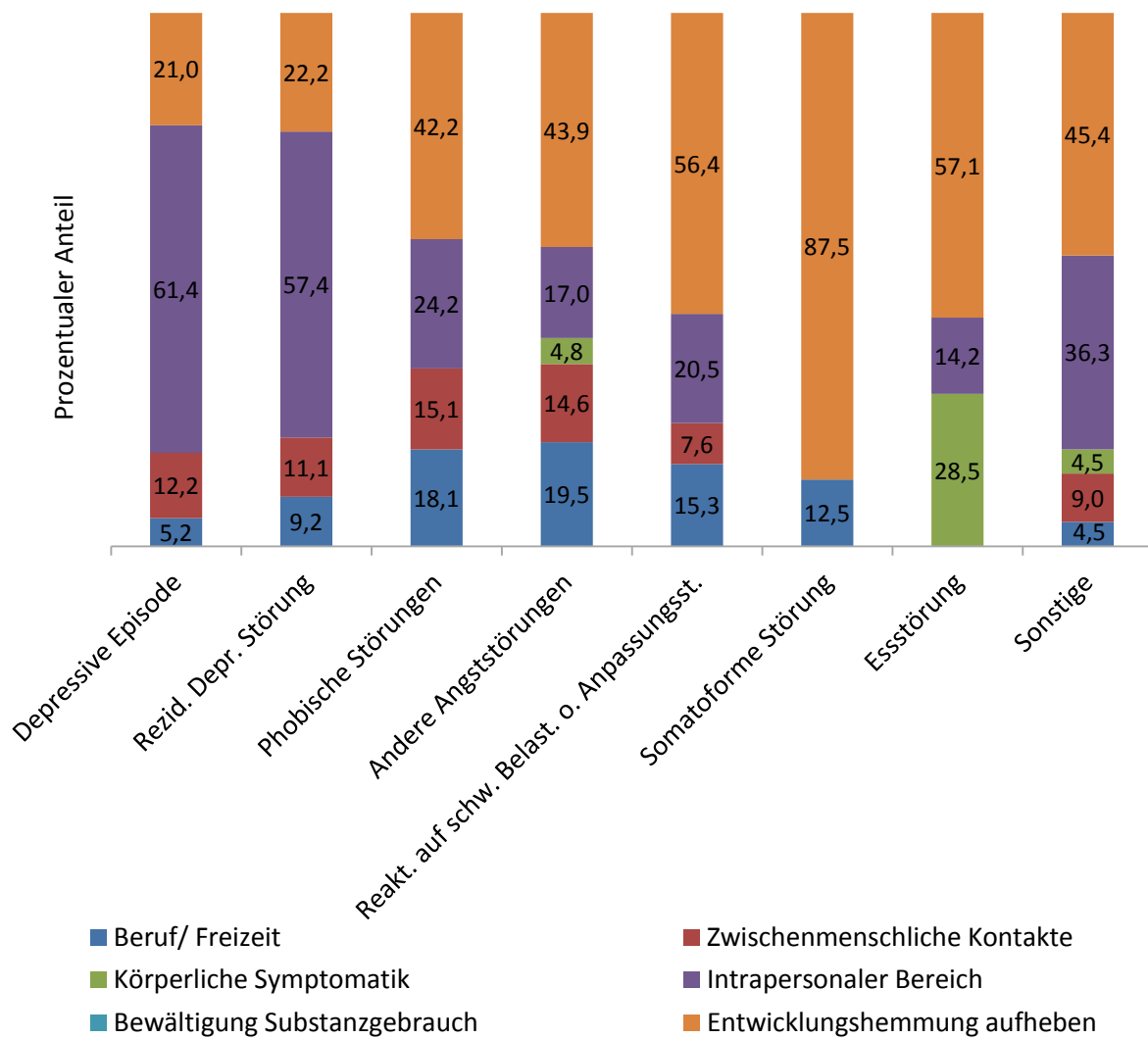


Abb. 18 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Selbstregulation‘

Auffällig war der hohe Anteil an Formulierungen in der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ für Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung*. Für Patienten mit fast allen anderen Diagnosegruppen dominierte die Zielkategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Besonders ausgeprägt war dies jedoch bei der Diagnose *Somatoforme Störung*: sieben von acht Patienten wählten hier ein Therapieziel (Vgl. Tabelle 17). Lediglich vier von sieben Patienten mit *Essstörungen* formulierten im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘.

Die Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ war in diesem Bereich nur für die Diagnosegruppen *Andere Angststörung*, *Phobische Störung* und *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* relevant. Weder Patienten mit einer *Somatoformen Störung* noch solche mit ei-

ner *Essstörung* hatten Therapieziele in der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘. In der Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ wurde von keinem Patienten formuliert. Um die unterschiedliche Verteilung der Zielkategorien auf die Diagnosen im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ zu beweisen, wurde der Chi²-Test durchgeführt. Da in der Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ nicht formuliert wurde, war die Zahl der Freiheitsgrade entsprechend geringer. Das Ergebnis betrug so 93,34 (df: 35, p<0,001). Eine Diagnosespezifität der Therapieziele war damit nachgewiesen.

7.2.2 Kinder und jugendliche Patienten

7.2.2.1 Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

Bei den 297 Kindern und Jugendlichen fehlte in 2 % (n = 6) der Fälle die Angabe zum Therapieziel im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘.

Tabelle 18 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Beruf/Freizeit	Zwischenmenschliche Kontakte	Körperliche Symptomatik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Substanzgebrauch	Entwicklungshemmung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	6	1	6	1	0	1	15
Andere Angststörungen	4	2	8	6	0	5	25
Reakt. auf schw. Belast. u. Anpassungsstörung	20	9	36	5	0	8	78
Somatoforme Störungen	0	0	6	1	0	0	7
Essstörungen	1	0	3	2	0	0	6
Hyperkinetische Störungen	3	2	4	0	0	3	12
Störungen des Sozialverhaltens	5	5	3	3	0	4	20
Komb. Stör. des Sozialverh. und der Emotionen	5	7	3	2	0	10	27
Emotionale Störungen des Kindesalters	5	9	20	6	0	24	64
And. Verh.- u. emot. Stör. m. B. i. d. KH u. Jugend	0	0	5	1	0	2	8
Sonstige	0	6	8	6	0	9	29
Gesamt	55	35	102	33	0	66	291

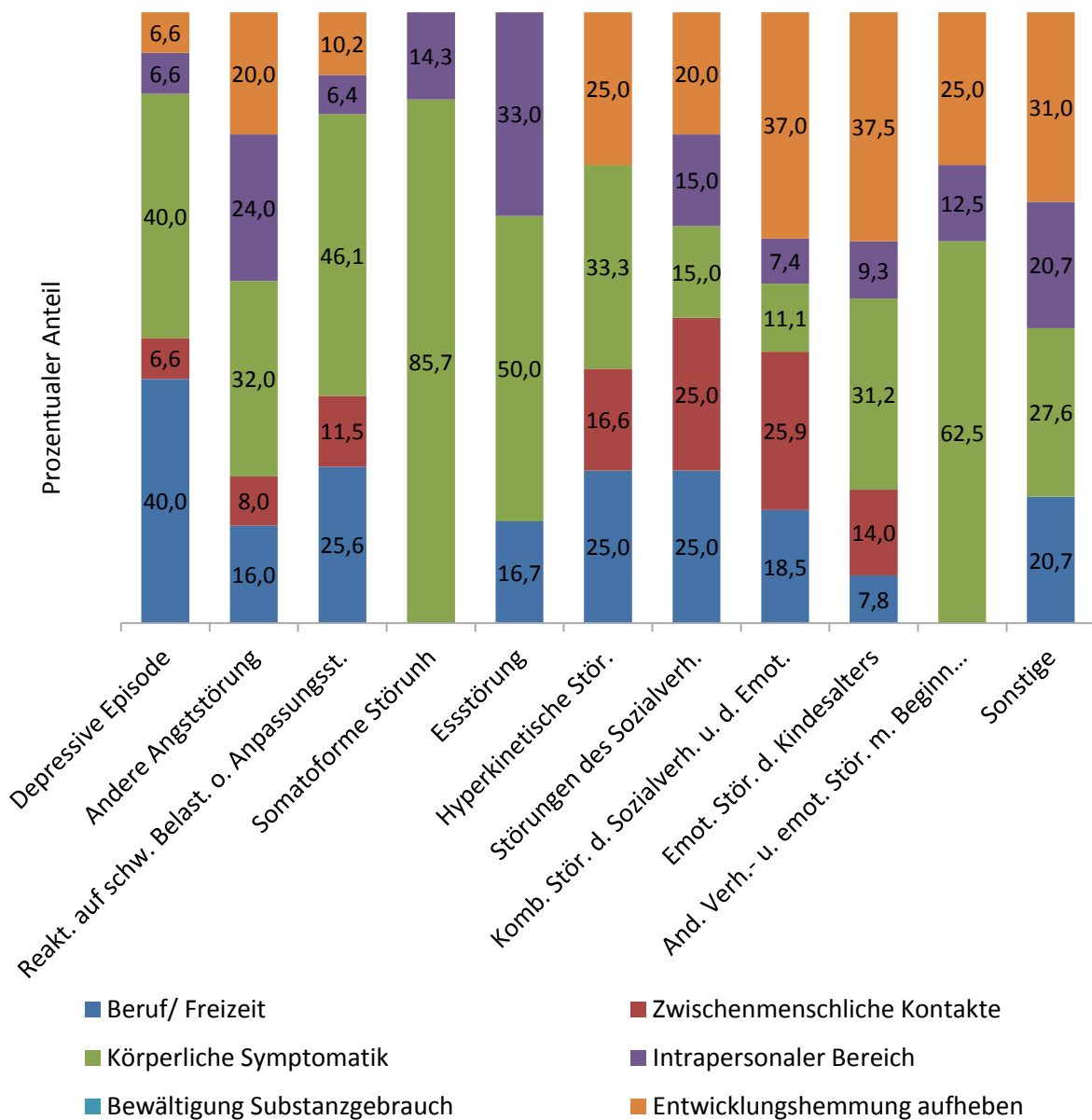


Abb. 19 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Symptomreduktion‘

Auffallend war der hohe Anteil von Therapiezielen in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ über fast alle Diagnosegruppen (Vgl. Abbildung 19 und Tabelle 18). Besonders groß war der prozentuale Anteil erwartungsgemäß bei Patienten mit den Diagnosen *Somatoforme Störung* und *Essstörung*. Aber auch fünf von acht Patienten mit einer *Anderen Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend* formulierten hier. Patienten mit den Diagnosen *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* und *Emotionale Störungen des Kindesalters* wählten deutlich häufiger ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ als Patienten mit anderen Diagnosen.

Ein Viertel der Patienten mit *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* formulierten in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. In den übrigen Kategorien war dieser Anteil geringer. Ungefähr doppelt so häufig wie bei Patienten mit anderen Diagnosen fiel die Entscheidung bei *Störungen des Sozialverhaltens* (25 %) und *Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* (25,9 %) auf die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘. In ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ wurden keine Therapieziele formuliert. Patienten mit den Diagnosen *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* und *Emotionale Störungen des Kindesalters* wählten deutlich häufiger ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ als Patienten mit anderen Diagnosen.

Die Diagnosen bei den Kindern und jugendlichen Patienten waren weiter gestreut. Um die Verteilung der Zielkategorien auf die Diagnosen im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ zu prüfen, wurde auch hier der Chi²-Test verwendet. Da in der Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ nicht formuliert wurde, war die Zahl der Freiheitsgrade entsprechend geringer, durch die höhere Anzahl an Diagnosegruppen stieg er wieder. Das Ergebnis betrug entsprechend 86,92 (df: 55, p=0,004). Auch für den ersten Zielbereich in dieser Patientensubgruppe war damit eine diagnosespezifische Verteilung der Therapieziele bewiesen.

7.2.2.2 Zielbereich ‚Verhalten‘

Im Zielbereich ‚Verhalten‘ fehlten bei 3 % (n = 9) der Patienten Angaben zum Therapieziel. Wie aus Tabelle 18 und Abbildung 20 zu entnehmen ist, stellte die am häufigsten gewählte Kategorie in diesem Bereich ‚Entwicklungshemmungen aufheben (34,7 %)‘ dar. Besonders viele Patienten mit der Diagnose *Störung des Sozialverhaltens* (70 %) formulierten in dieser Kategorie. Eine wichtige Rolle spielte in diesem Bereich auch die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. Besonders Patienten mit einer *Anderen Angststörung* formulierten hier ihre Therapieziele.

Fast ein Drittel der Patienten mit einer *Hyperkinetischen Störung* formulierte in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. Bei den übrigen Diagnosen war dieser Anteil deutlich geringer. Allerdings war die Zielformulierung für Patienten mit dieser Diagnose wenig spezifisch. Die Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ spielte erwartungsgemäß vor allem für Patienten mit den Diagnosen *Essstörungen* und *Somatoforme Störungen* eine Rolle. Die Fallzahl für ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ war für alle Diagnosen gering und ließ die Kategorie so zu der am seltensten formulierten werden.

Tabelle 19 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Beruf/Freizeit	Zwischenmenschl- che Kontakte	Körperliche Symp- tomatik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Sub- stanzgebrauch	Entwicklungshem- mung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	4	2	1	6	0	1	14
Andere Angststörungen	2	1	1	16	0	5	25
Reakt. auf schw. Belast. u. Anpassungsstörung	16	30	6	10	1	15	78
Somatoforme Störungen	1	2	1	2	0	1	7
Essstörungen	1	0	1	2	0	2	6
Hyperkinetische Störungen	4	4	0	1	0	4	13
Störungen des Sozialver- haltens	1	2	0	3	0	14	20
Komb. Stör. des Sozialverh. und der Emotionen	1	7	1	2	1	13	25
Emotionale Störungen des Kindesalters	10	20	6	3	0	26	65
And. Verh.- u. emot. Stör. m. B. i. d. KH u. Jugend	0	2	0	3	0	2	7
Sonstige	3	9	3	4	1	8	28
Gesamt	43	79	20	52	3	91	288

Prozente innerhalb der ICD-Gruppe

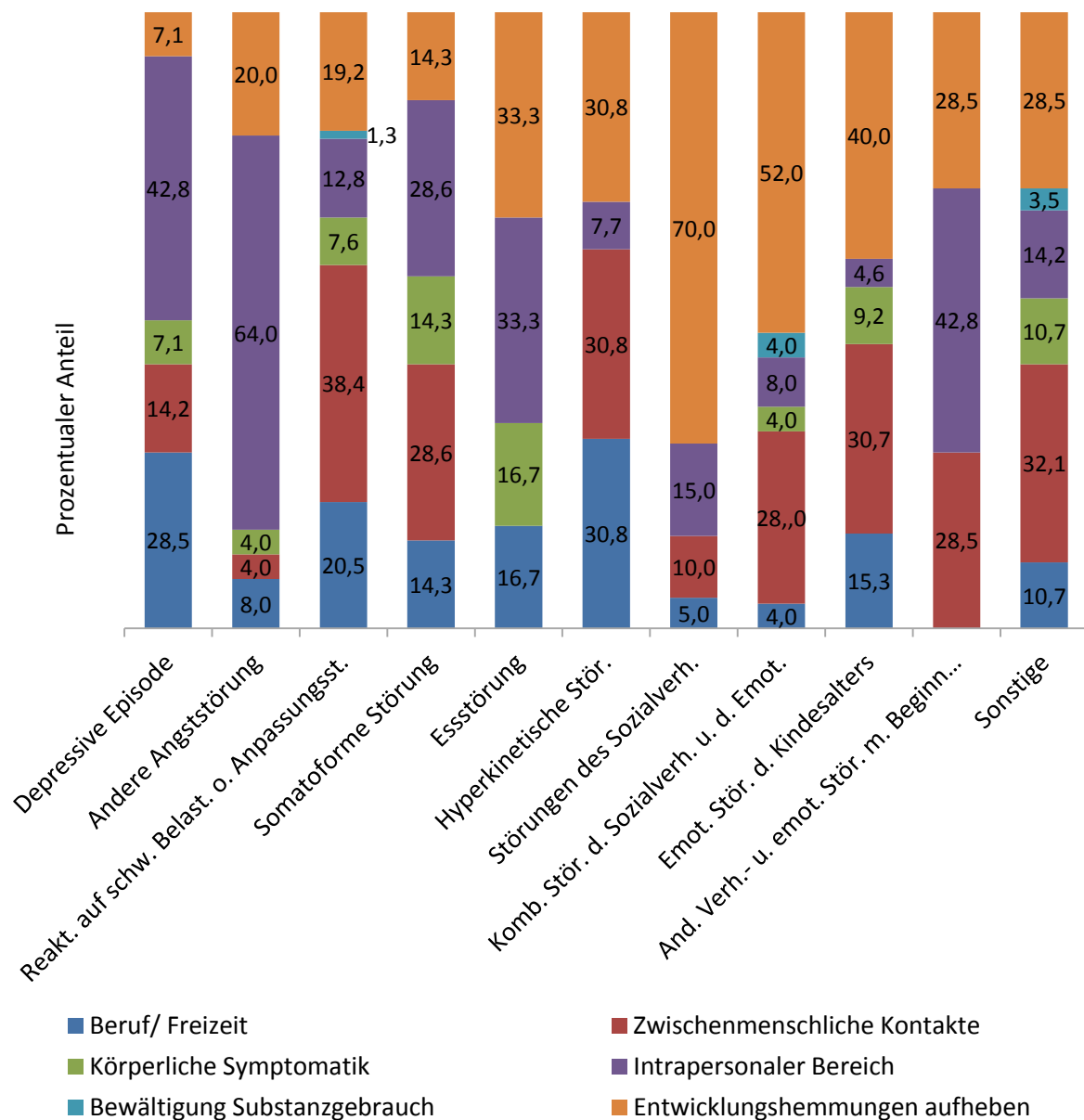


Abb. 20 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Verhalten‘

Da in diesem Zielbereich in allen Zielkategorien formuliert wurde, stieg die Zahl der Freiheitsgrade für den Chi²-Test erneut an. Das Ergebnis lag bei 131,88 (df: 66, p < 0,001). Das Ergebnis bewies die diagnosespezifische Verteilung der Therapieziele.

7.2.2.3 Zielbereich ‚Reife‘

Im Zielbereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten fehlten bei insgesamt 5,4 % (n = 16) Angaben zum Therapieziel.

Tabelle 20 Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

	Beruf/ Freizeit	Zwischenmenschliche Kontakte	Körperliche Symptomatik	Intrapersonaler Bereich	Bewältigung Substanzgebrauch	Entwicklungshemmung aufheben	Gesamt
Depressive Episode	7	2	0	5	0	1	15
Andere Angststörungen	5	5	0	3	0	10	23
Reakt. auf schw. Belast. u. Anpassungsstörung	11	31	2	9	0	24	77
Somatoforme Störungen	2	1	1	1	0	1	6
Essstörungen	0	2	0	4	0	0	6
Hyperkinetische Störungen	4	5	1	1	0	0	11
Störungen des Sozialverhaltens	4	7	0	6	0	2	19
Komb. Stör. des Sozialverh. und der Emotionen	8	7	1	4	0	7	27
Emotionale Störungen des Kindesalters	14	26	0	12	0	13	65
And. Verh.- u. emot. Stör. m. B. i. d. KH u. Jugend	0	3	0	3	0	0	6
Sonstige	8	12	0	4	0	2	26
Gesamt	63	101	5	52	0	60	281

Wie in Abbildung 21 zu sehen, war der hohe Anteil von Therapiezielen im Bereich ‚Beruf/Freizeit‘ für Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Somatoforme Störung* auffällig, (Vgl. auch Tabelle 19).

Die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ war in diesem Zielbereich die insgesamt am häufigsten gewählte Kategorie. 31 von 77 Patienten mit einer *Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* formulierten hier. Auch für Patienten mit den Diagnosen *Hyperkinetische Störung*, *Störungen des Sozialverhaltens* und *Emotionale Störungen des Kindesalters* stellte dies die am häufigsten genutzte Kategorie dar.

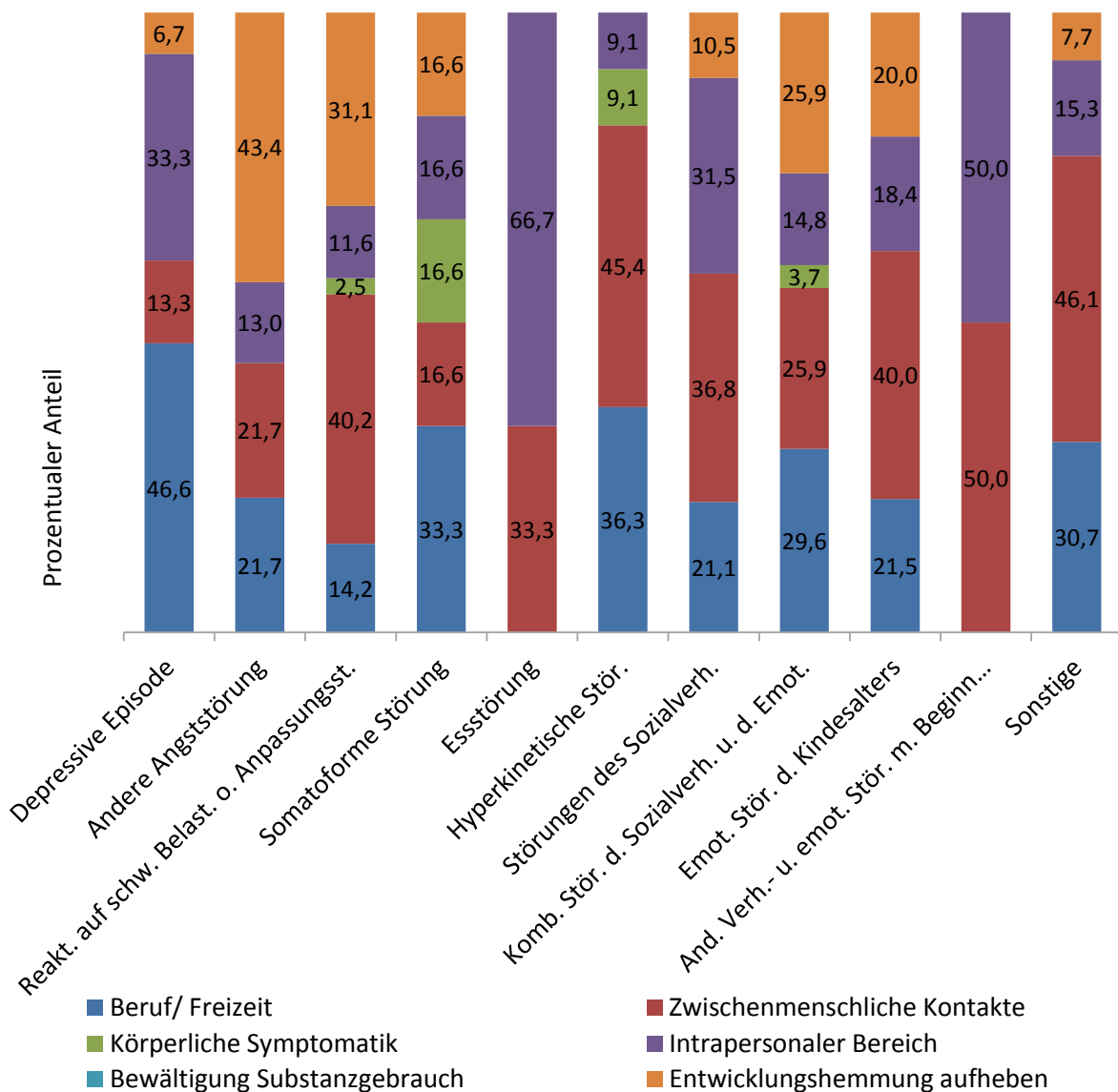


Abb. 21 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Reife‘

Die Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ spielte vor allem für Patienten mit der Diagnose *Somatoforme Störungen* eine Rolle. Die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ war für diesen Zielbereich für die Diagnosen *Essstörungen* und *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* relevant. Die Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ wurde nicht formuliert. 40 % aller Patienten mit einer *Anderen Angststörung* formulierten in der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘.

Für den Beweis, dass sich die Verteilung der Zielkategorien auf die Diagnosen auch für den Bereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten unterschied, wurde der Chi²-Test genutzt. Das Ergebnis betrug 88,05 (df: 55, p = 0,003). Es wurde also eine Diagnose-spezifität nachgewiesen.

7.3 Grad des Einflusses auf die Therapiezielformulierung

Um den Grad des Einflusses der beschriebenen Variablen (ICD-Diagnosegruppe, Art der Weiterbildung des Therapeuten) zu bestimmen, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Das Verfahren machte es notwendig, die abhängigen Variablen, welche in nominalen Gruppen vorlagen, binär zu codieren. Die einzelne Auswertung für jede Zielkategorie war die Folge.

7.3.1 Erwachsene

Die unabhängige Variable stellte dar, ob jeweils in der entsprechenden Zielkategorie formuliert wurde, also z. B.: „Wurde das Ziel ‚Beruf/Freizeit‘ im Bereich ‚Symptomreduktion‘ formuliert?“ Codiert wurde mit 1 = ja und 0 = nein. Überprüft wurden der Einfluss der Weiterbildungsart des Therapeuten (1 = *Arzt*, 2 = *Psychologischer Psychotherapeut*) und der ICD-Diagnosegruppe (1 = *F32 Depressive Episode*, 2 = *F33 Rezidivierende depressive Störung*, 3 = *F40 Phobische Störungen*, 4 = *F41 Andere Angststörungen*, 5 = *F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*, 8 = *Sonstige*). Aufgrund der Fallzahlen wurde es notwendig, Patienten mit den Diagnosen *F45 Somatoforme Störung* und *F50 Essstörungen* unter *Sonstige* zusammenzufassen. Bei der logistischen Regression ist pro zehn Ereignissen (hier: „Ja, Ziel ‚Beruf/Freizeit‘ wurde in ‚Symptomreduktion‘ formuliert.“) die Untersuchung einer Ausprägung einer beeinflussenden Variable sinnvoll. Je stärker man von dieser Bedingung abweicht, desto größer werden Konfidenzintervall oder Standardfehler. Als Referenzkategorie der Weiterbildungsart des Therapeuten wurde *Psychologischer Psychotherapeut* und für die ICD-Diagnosen *Sonstige* gewählt.

7.3.1.1 Ziel ‚Beruf/Freizeit‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

19,5 % der Varianz waren durch das Modell zu erklären. In Bezug auf die Diagnosen erhöhte sich gegenüber der Referenzkategorie (*Sonstige*) die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 10,38 für *Depressive Episode* ($p < 0,01$) bzw. den Faktor 9,32 für *Rezidivierende depressive Störungen* ($p < 0,01$). Für Patienten mit einer *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ zu formulieren um den Faktor 4,33 ($p = 0,02$). Das vollständige Ergebnis zeigt Tabelle 21.

Tabelle 21 Variablen in der Gleichung für ‚Beruf/Freizeit‘ in ‚Symptomreduktion‘

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	Sig.	Exp (B)	95%-Konfidenz- intervall f. EXP(B)	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Arzt	-0,83	0,50	2,78	0,10	0,44	0,17	1,16
Depressive Episode	2,34	0,59	15,7 7	0,00	10,38	3,27	32,96
Rezidivierende depressive Störung	2,23	0,59	14,2 3	0,00	9,32	2,92	29,71
Phobische Störung	0,54	0,69	0,62	0,43	1,72	0,44	6,68
Andere Angststö- rung	1,12	0,65	2,98	0,09	3,05	0,86	10,82
Reakt. a. schw. Be- last. o. Anpassungs.	1,47	0,64	5,33	0,02	4,33	1,25	15,05

Referenzkategorien: *Weiterbildungsart des Therapeuten: Psychologischer Psychotherapeut*; ICD-Diagnosegruppe: *Sonstige*

7.3.1.2 Ziel ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

11,4 % der Varianz waren durch das Modell zu erklären. Gegenüber der Referenzkategorie (*Sonstige*) erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, ein Ziel aus der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ zu formulieren um den Faktor 3,79 ($p = 0,03$) für Patienten mit der Diagnose *Phobische Störung*. Das vollständige Ergebnis zeigt Tabelle 22.

Tabelle 22 Variablen in der Gleichung für ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in ‚Symptomreduktion‘

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	Sig.	Exp (B)	95%-Konfidenz- intervall f. EXP(B)	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Arzt	0,39	0,56	0,48	0,49	1,48	0,49	4,43
Depressive Episode	-0,43	0,67	0,40	0,53	0,65	0,18	2,45
Rezidivierende depressive Störung	0,21	0,61	0,12	0,73	1,24	0,38	4,06
Phobische Störung	1,33	0,60	5,01	0,03	3,79	1,18	12,17
Andere Angststö- rung	-0,72	0,79	0,83	0,36	0,49	0,11	2,28
Reakt. a. schw. Be- last. o. Anpassungs.	-0,38	0,73	0,28	0,60	0,68	0,17	2,83

Referenzkategorien: *Weiterbildungsart des Therapeuten: Psychologischer Psychotherapeut*; ICD-Diagnosegruppe: *Sonstige*

7.3.1.3 Ziel ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ im Zielbereich ‚Verhalten‘

8,9 % der Varianz waren durch das Modell zu erklären. Gegenüber der Referenzkategorie (*Sonstige*) reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit, ein Ziel in der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ zu formulieren, um den Faktor 0,14 ($p = 0,02$) für Patienten mit der Diagnose *Andere Angststörung*. Das vollständige Ergebnis zeigt Tabelle 23.

Tabelle 23 Variablen in der Gleichung für ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in ‚Verhalten‘

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	Sig.	Exp (B)	95%-Konfidenz- intervall f. EXP(B)	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Arzt	0,44	0,48	0,85	0,36	1,55	0,61	3,93
Depressive Episode Rezidivierende depressive Störung	0,22	0,48	0,21	0,65	1,25	0,48	3,22
Phobische Störung	0,12	0,49	0,06	0,81	1,12	0,43	2,92
Andere Angststö- rung	-0,23	0,57	0,16	0,69	0,80	0,26	2,46
Reakt. a. schw. Be- last. o. Anpassungs.	-1,96	0,83	5,55	0,02	0,14	0,03	0,72
	0,52	0,52	0,99	0,32	1,67	0,61	4,62

Referenzkategorien: *Weiterbildungsart des Therapeuten: Psychologischer Psychotherapeut; ICD-Diagnosegruppe: Sonstige*

7.3.1.4 Ziel ‚Intrapersonaler Bereich‘ im Zielbereich ‚Verhalten‘

9,2 % der Varianz waren durch das Modell zu erklären. Gegenüber der Referenzkategorie (*Sonstige*) verringerte sich die Wahrscheinlichkeit, ein Ziel in der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ zu formulieren, um den Faktor 0,21 ($p < 0,01$) für die Gruppe der Patienten mit einer *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung*. Das vollständige Ergebnis zeigt Tabelle 24.

Tabelle 24 Variablen in der Gleichung für ‚Intrapersonaler Bereich‘ in ‚Verhalten‘

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	Sig.	Exp (B)	95%-Konfidenz- intervall f. EXP(B)	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Arzt	-0,42	0,41	1,01	0,32	0,66	0,29	1,48
Depressive Episode	-0,28	0,42	0,46	0,50	0,75	0,33	1,72
Rezidivierende							
depressive Störung	-0,26	0,42	0,38	0,54	0,77	0,34	1,76
Phobische Störung	0,16	0,48	0,11	0,74	1,17	0,46	2,97
Andere Angststö- rung	0,38	0,47	0,66	0,42	1,46	0,59	3,62
Reakt. a. schw. Be- last. o. Anpassungs.	-1,56	0,53	8,61	0,00	0,21	0,07	0,60
Referenzkategorien: Weiterbildungsart des Therapeuten: Psychologischer Psychotherapeut; ICD-Diagnosegruppe: Sonstige							

7.3.1.5 Ziel ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Zielbereich ‚Selbstregulation‘

15,2 % der Varianz waren durch das Modell zu erklären. Gegenüber der Referenzkategorie (*Sonstige*) reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ zu formulieren, um den Faktor 0,2 ($p < 0,01$) für die Gruppe der Patienten mit einer *Depressiven Episode* bzw. um den Faktor 0,21 ($p < 0,01$) für Patienten mit einer *Rezidivierenden depressiven Störung*. Das vollständige Ergebnis zeigt Tabelle 25.

Tabelle 25 Variablen in der Gleichung für ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ in ‚Selbstregulation‘

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Wald	Sig.	Exp (B)	95%-Konfidenz- intervall f. EXP(B)	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Arzt	0,30	0,43	0,48	0,49	1,35	0,58	3,10
Depressive Episode	-1,60	0,47	11,61	0,00	0,20	0,08	0,51
Rezidivierende							
depressive Störung	-1,58	0,47	11,11	0,00	0,21	0,08	0,52
Phobische Störung	-0,57	0,49	1,35	0,25	0,57	0,22	1,48
Andere Angststö- rung	-0,55	0,47	1,38	0,24	0,58	0,23	1,45
Reakt. a. schw. Be- last. o. Anpassungs.	-0,10	0,47	0,04	0,84	0,91	0,36	2,29
Referenzkategorien: Weiterbildungsart des Therapeuten: Psychologischer Psychotherapeut; ICD-Diagnosegruppe: Sonstige							

7.3.2 Kinder und jugendliche Patienten

Da es sich bei den Therapeuten der Kinder und jugendlichen Patienten zu 99,7 % um Psychologische Psychotherapeuten handelte, wurde der Einfluss der Variable ‚Art der Weiterbildung‘, auf die Therapiezielformulierung für diese Subgruppe nicht überprüft.

Die Streuung der Diagnosen bei den Kindern und jugendlichen Patienten war beträchtlich. Aufgrund dessen wurde versucht, die vorhandenen Diagnosen zu neuen Diagnosegruppen zusammenzufassen, um verwertbare Aussagen treffen zu können. Der Ansatz, die Diagnosen *Hyperkinetische Störung, Störungen des Sozialverhaltens, Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Emotionale Störungen des Kindesalters* und *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zu *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zusammenzufassen, war dabei vielversprechend, führte jedoch nicht zu verwertbaren Ergebnissen. Ebenso verhielt es sich mit dem Versuch, nur die beiden häufigsten Diagnosen (*Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* und *Emotionale Störungen des Kindesalters*) gegeneinander abzusichern. Mehrere explorative Analysen führten zu dem Ergebnis, dass die Verteilung der Diagnosen keine logistische Regression zulässt. Die Bedingungen für andere Verfahren zur Bestimmung des Grades des Einflusses sind nicht erfüllt (Vgl. 6.3.1 *Statistische Methoden* in dieser Arbeit).

8 Diskussion der Ergebnisse

In der Literatur konnte kein Taxonomieinstrument gefunden werden, das für die beabsichtigten Analysen geeignet gewesen wäre. Die beschriebenen Instrumente für frei formulierte Therapieziele waren entweder für das stationäre Setting (z. B. Göllner, 1983; Driessen et al., 2001; Dirmaier, 2001) entwickelt worden oder zielten auf spezifische Therapieverfahren ab (z. B. Heuft u. Senf, 1998). Eine Anwendbarkeit auf Kinder und jugendliche Patienten war für keine Methode beschrieben. Der erste wichtige Schritt der vorliegenden Arbeit war also die Entwicklung eines Kategoriensystems für die Ordnung der Therapieziele. Die Therapieziele im Datensatz der Akademie für Psychotherapie Erfurt wurden im Anschluss mit Hilfe des neuen Taxonomieinstruments kategorisiert. Trotz der Einschränkungen in der Vergleichbarkeit soll, im Rahmen der Möglichkeiten, ein Vergleich mit der Literatur erfolgen.

Entwicklung eines neuen Taxonomiesystems

Im genutzten Datensatz lagen Daten für Kinder und jugendliche Patienten sowie Daten von erwachsenen Patienten vor. Um diese Subgruppen miteinander vergleichen zu können, wurden in der Literatur beschriebene Taxonomiesysteme gesichtet und entsprechend abgewandelt. Das neue System beinhaltet sechs Zielkategorien auf einer Abstraktionsebene. Dies mag für andere Forschungsansätze zu wenig sein und wurde für andere Taxonomiesysteme als Einschränkung angeführt (Vgl. Grosse-Holtforth u. Grawe, 2002 über Faller u. Gossler, 1998). Jedoch, gemessen an den Fallzahlen (erwachsene Patienten $n = 281$ bzw. Kinder und jugendliche Patienten $n = 297$) führen sechs Kategorien noch immer zu einer ausreichenden Besetzung der einzelnen Kategorien, um statistisch signifikante Aussagen treffen zu können. Wären Unterkategorien bestimmt worden, wäre die Zahl der Patienten in diesen so gering gewesen, dass Aussagen über die Verteilung nicht verwertbar gewesen wären. Auch im Hinblick auf die geplante Untersuchung zum Grad des Einflusses auf die Therapiezielformulierung erschien eine Taxonomie mit einer geringen Anzahl von Kategorien sinnvoll.

Die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien wurde in Kapitel 6.3.5 *Taxonomie der Therapieziele* der vorliegenden Arbeit beschrieben. Signalwörter und Leitphrasen führten zu einer Zuordnung in eine der sechs Kategorien: ‚Beruf/Freizeit‘, ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘, ‚Körperliche Symptomatik‘, ‚Intrapersonaler Bereich‘, ‚Bewältigung Substanz-

gebrauch' oder ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Bei der Klassifizierung wurden spezifische vor allgemeinen Formulierungen bewertet. Im Datensatz konnten alle Therapieziele gut zugeordnet werden.

Da die Diagnosen der *Depressiven Episode* und der *Rezidivierenden depressiven Störung* inhaltlich vergleichbar sind, war eine Verteilung zu erwarten, welche diese Ähnlichkeit widerspiegelt. Die Abbildungen 22, 23 und 24 zeigen die Verteilung der Therapieziele für die erwachsenen Patienten der beiden Diagnosegruppen in den drei Zielbereichen.

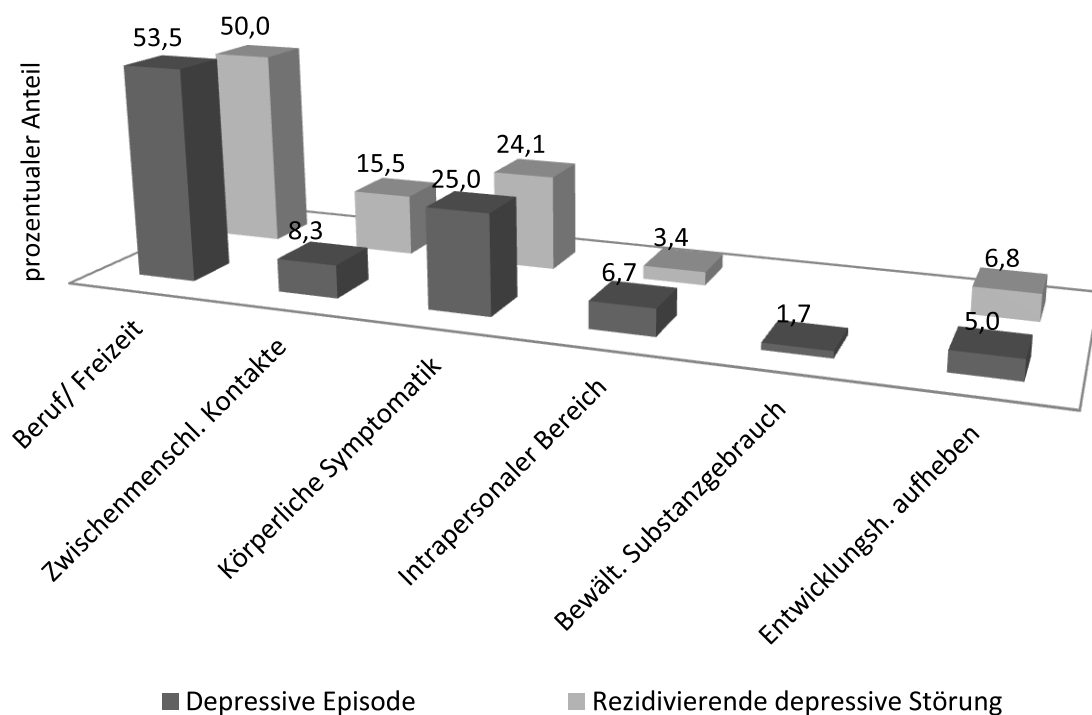


Abb. 22 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für Erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘

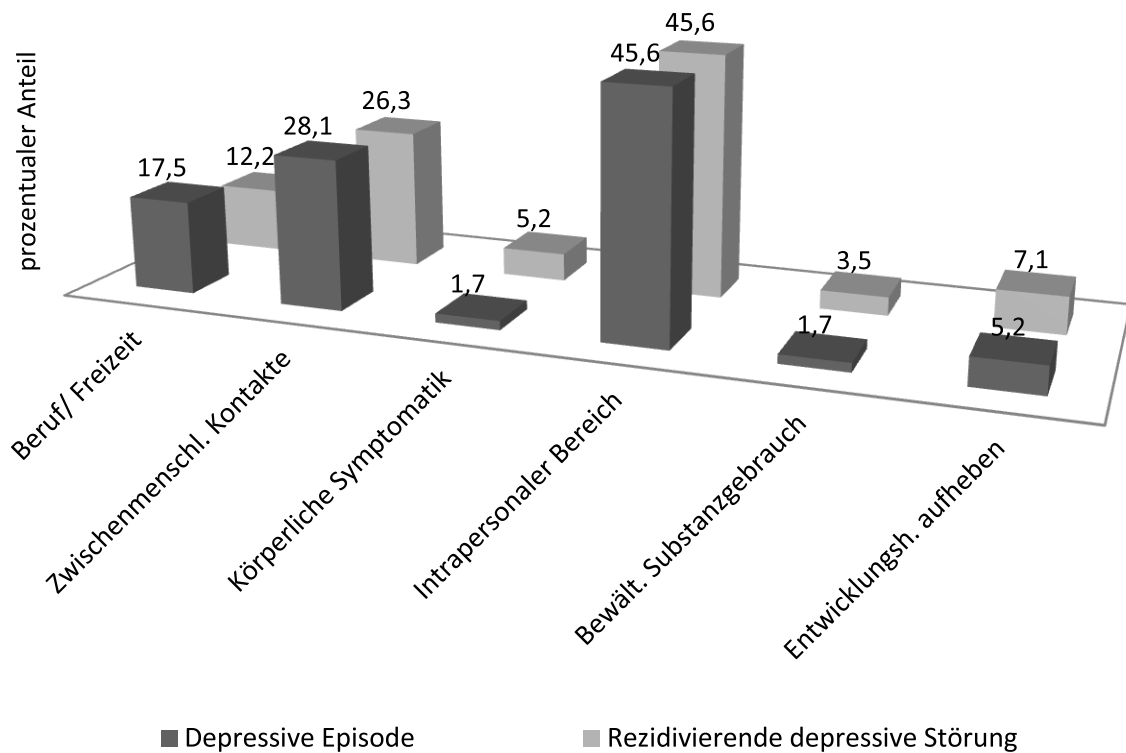


Abb. 23 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Verhalten‘

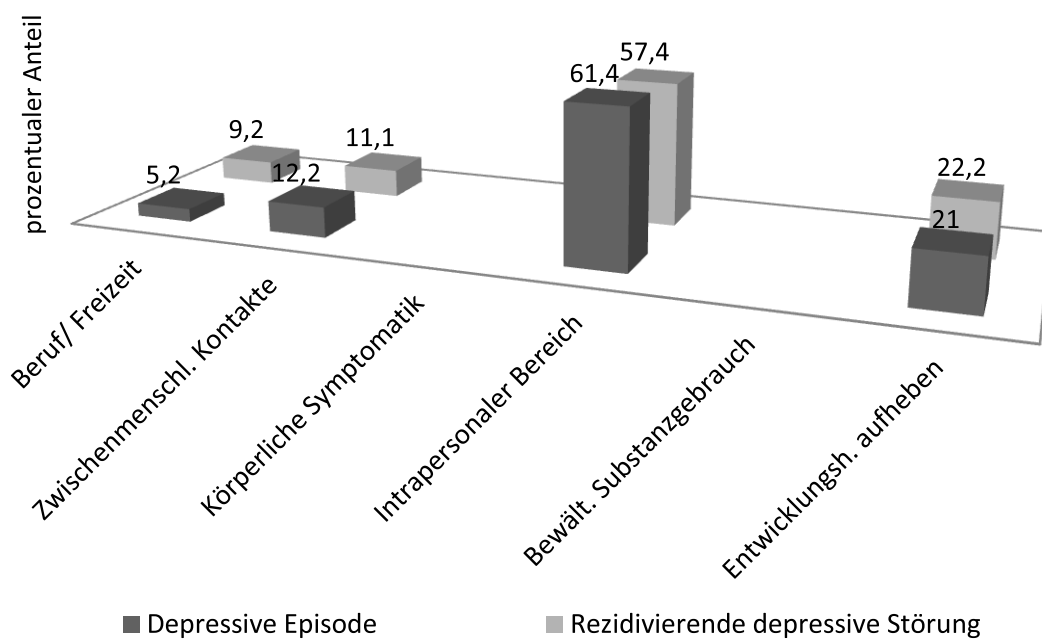


Abb. 24 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Selbstregulation‘

Wie den Abbildungen zu entnehmen ist, ähnelt sich die prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für Patienten mit den beiden Diagnosen über die Zielbereiche ‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ hinweg. Die gefundene Übereinstimmung belegt die Konstruktvalidität des entwickelten Taxonomieinstruments (Vgl. *Kapitel 6.3.2 Taxonomie der Therapieziele*). Um eine Verwendung für zukünftige Daten zu ermöglichen, wurden die Kriterien, die zu einer Zuordnung zu einer Kategorie führten, ausführlich dargestellt.

Einschränkend muss betont werden, dass die Zuordnung zu den Zielkategorien durch nur einen Rater vorgenommen wurde. Es können keine Angaben zur Interraterübereinstimmung gemacht werden. Des Weiteren waren im Datensatz der Akademie für Psychotherapie Erfurt für jedes Therapieziel bis zu drei zusätzliche Kriterien der Zielerreichung angegeben. War die Formulierung des Therapieziels uneindeutig, so wurden die Kriterien genutzt, um den inhaltlichen Sinn zu ermitteln. In einigen Fällen widersprachen allerdings die Inhalte des Therapieziels den Inhalten der Kriterien. In diesen Fällen wurden die formulierten Therapieziele bewertet. Es blieb jedoch unklar, welche Ziele tatsächlich im Rahmen der Therapie verfolgt wurden. Ebenso unklar blieb, von wem die Therapieziele formuliert wurden. Für die vorliegende Arbeit wurde davon ausgegangen, dass die Hauptverantwortung beim Therapeuten lag, die Formulierung jedoch in Absprache mit den Patienten erfolgte.

Häufigkeit der Therapieziele der erwachsenen Patienten

Nachdem die Therapieziele in das neue Taxonomieinstrument eingearbeitet waren, war es möglich, Aussagen darüber zu treffen, welches die häufigsten Zielkategorien für die Subgruppen der erwachsenen bzw. der Kinder und jugendlichen Patienten waren. In der Literatur erfolgte in vielen Arbeiten nur die Zuordnung von Therapiezielen in die Kategorien der Taxonomien. Es erfolgte keine weitere Bearbeitung der Daten (Vgl. z. B. Göllner, 1983; Faller u. Gossler, 1998; Driessen et al., 2001; Steffanowski et al., 2004). Um einen Vergleich der Verteilung in den Kategorien der Taxonomien sowie der beiden Patientensubgruppen zu ermöglichen, wurde die Häufigkeit der Zielkategorien ausgewertet.

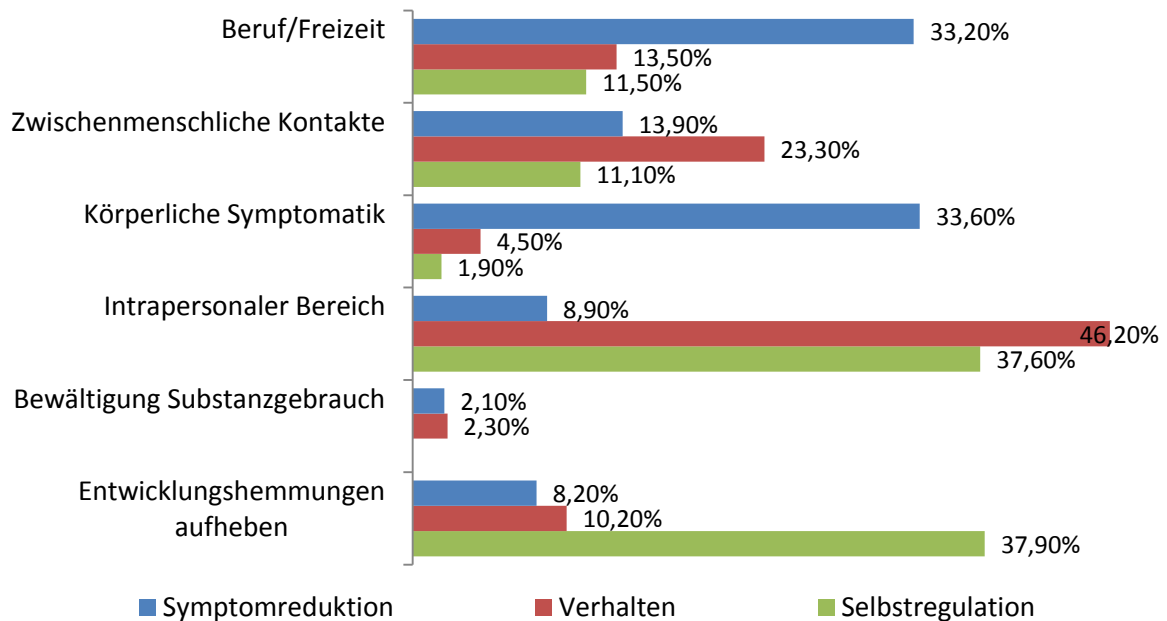


Abb. 25 Prozentuale Häufigkeiten der Zielkategorien in den Bereichen ‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ für die erwachsenen Patienten

In der vorliegenden Arbeit waren in dem Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ circa ein Drittel aller Therapieziele in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ formuliert. Der Zielbereich ist sehr spezifisch benannt und lässt wenig Spielraum zur Interpretation. Die Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ beschreibt einen Teil des täglichen Erlebens, der für viele Patienten Einschränkungen mit sich bringt. Der aktuelle Leidensdruck ist als hoch anzusehen, da sich das berufliche Umfeld nicht dauerhaft meiden lässt und auch die Freizeitgestaltung täglich neu zu bewältigen ist. Schwierigkeiten in diesem Bereich sind entsprechend als andauernd akut einzuschätzen (Vgl. Apfel u. Riecher-Rössler, 2005). Der Wunsch nach Veränderung der Symptomatik drückte sich also erwartungsgemäß in dem Bereich aus, der bereits semantisch danach fragt.

In den Zielbereichen ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ war der Anteil der Therapieziele, bei welchen der Fokus auf beruflichen Inhalten oder der Freizeitgestaltung liegt, vergleichbar mit den Ergebnissen von Faller und Gossler (1998) und Grosse-Holtforth u. Grawe (2002), siehe dafür auch Abbildung 25. Faller u. Gossler (1998) fanden in ihrer Untersuchung von Patienten einer Universitätsambulanz einen Anteil von 16,2 % für die Kategorie ‚Berufliche Ziele verwirklichen‘. Die Therapieziele wurden dabei auf insgesamt 18 Zielkategorien aufgeteilt. Im BIT von Grosse-Holtforth und Grawe (2002) konnte am ehes-

ten die Oberkategorie ‚Orientierung im Leben‘ herangezogen werden. In der Ambulanz der Berner Universität betrug der Anteil hier 11,1 %. Schulte-Bahrenberg (1990) nutzte für seine Analyse das Klassifikationssystem von Göllner (1983). Der Anteil der Kategorie ‚Beruf und Freizeit‘ an den insgesamt fünf Kategorien betrug 4,58 %. Die Erhebung der Daten fand allerdings am Ende der Therapien statt.

In der vorliegenden Arbeit war der Anteil von Patienten mit einem Therapieziel im Bereich ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in dem Zielbereich ‚Verhalten‘ deutlich größer als in den anderen beiden Zielbereichen. Umgangssprachlich beschreibt Verhalten das Auftreten oder Benehmen, eine bestimmte Art, auf etwas zu reagieren bzw. eine bestimmte Haltung, die im Handeln anderen gegenüber gezeigt wird. Soll eine Veränderung des Verhaltens erfolgen, ist also eine Änderung der Person selbst notwendig (Vgl. Robitschek, 2012). Es ist anzunehmen, dass sich solche Veränderungen anschließend auch auf die Kommunikation und Beziehungen zu anderen auswirken.

Die Verteilungen in dieser Arbeit sind am ehesten mit den Ergebnissen von Heuft et al. (1998) und Faller und Gossler (1998) vereinbar. In der Untersuchung von Heuft et al. (1998) stellte ‚Interaktionelle Ziele‘ mit 13,7 % die dritthäufigste Kategorie dar. Insgesamt wurden im ‚Kategoriensystem individueller Therapieziele‘ (KITZ v. Heuft et al., 1998) sechs Kategorien gebildet. Bei Faller und Gossler (1998) war die Kategorie ‚Familiäre Situation/ Partnerbeziehung‘ (24,2 %) breiter angelegt als die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in der vorliegenden Arbeit. Schulte-Bahrenberg (1990) beurteilte 7,8 % aller Therapieziele so, dass er sie in der Kategorie ‚Interpersonaler Bereich‘ einordnete. Grosse-Holtforth und Grawe (2002) stellten fest, dass 74,5 % aller Patienten der Institutsambulanz ‚Ziele im zwischenmenschlichen Bereich‘ hatten. Die große Spannweite der Ergebnisse kann zum Teil auf die geringe Vergleichbarkeit der Kategorien zurückgeführt werden. Die Termini scheinen zwar ähnlich, jedoch sind die Begriffe in den Taxonomien unterschiedlich eng gefasst.

Im Datensatz der Akademie für Psychotherapie war der Anteil von Patienten mit Therapiezielen in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ deutlich höher als in der Literatur. Besonders im Bereich ‚Symptomreduktion‘ waren diese Formulierungen häufig.

Ruff und Werner (1987) bewerteten in ihrer Untersuchung 8 % aller Therapieziele so, dass sie in die Kategorie ‚Körperliche Besserung‘ eingeordnet wurden. Hingegen konnten Heuft et al. (1998) ‚Körperbezogene Ziele‘ (21,6 %) als zweithäufigste Kategorie in ihrer Untersuchung feststellen. Bei Faller und Gossler (1998) äußerten 14,6 % aller Patienten das Ziel ‚Körperliche Beschwerden [zu] bessern‘. Grosse-Holtforth und Grawe (2002) wiesen 13,4 % aller Therapieziele die Kategorie ‚Verbesserung des Wohlbefindens‘ zu.

Auch in diesem Fall kann die Benennung des ersten Zielbereichs ‚Symptomreduktion‘ zur Erklärung dienen. Die Therapiezielformulierung findet am Beginn der Therapie statt. Die Aufforderung, ein Symptom zu benennen, welches in seiner Intensität oder Frequenz reduziert werden soll, lässt so zwangsläufig auch an körperliche Beschwerden denken. Fast alle psychischen Störungen gehen mit mehr oder weniger ausgeprägten körperlichen Symptomen einher. Hierbei stehen Schmerzen und verschiedene Formen von Schlafstörungen im Mittelpunkt. Die subjektive Beeinträchtigung ist groß und der Drang nach Veränderung entsprechend stark. Eine Besserung der Beschwerden ist relativ einfach messbar und für Patienten wird der Therapieerfolg unmittelbar überprüfbar. Die Symptomreduktion bei somatischen Beschwerden erscheint so als sinnvolles und lohnendes Ziel für Patient und Therapeut zugleich.

Der ‚Intrapersonale Bereich‘ in dieser Arbeit ist vor allem in den Zielbereichen ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ sehr stark repräsentiert. Er fasst Kategorien anderer Taxonomien zusammen (Vgl. Faller u. Gossler, 1998; Driessen et al., 2001; Grosse-Holtforth u. Grawe, 2002), ist aber wiederum nicht so umfassend wie Kategorien anderer Systeme (Heuft et al., 1998).

Ruff und Werner (1987) fanden bei tiefenpsychologisch behandelten Patienten als häufigste Kategorie ‚Psychische Besserung‘ (65 %). Schulte-Bahrenberg (1990) bewertete in seiner Untersuchung von verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten einen Anteil von 21,6 % an Therapiezielen in der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. In der Arbeit von Heuft et al. (1998) wurden die Ziele auf fünf Kategorien aufgeteilt. Von diesen kann für einen Vergleich am ehesten ‚Intrapsychische Ziele‘ (60,5 %) herangezogen werden, wobei die Schnittmenge mit der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ in dieser Arbeit sicher groß ist. Bei Faller und Gossler (1998) konnten Therapieziele in 18 Kategorien ein-

geordnet werden. Die Anteile von Kategorien, die inhaltlich der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ dieser Arbeit ähneln, sind in Tabelle 26 zusammengefasst.

Tabelle 26 Prozentuale Häufigkeit vergleichbarer Kategorien bei Faller und Gossler (1998)

Kategorie	%
Ruhe und Gelassenheit finden	20,7 %
Probleme bewältigen	22,2 %
Selbstvertrauen stärken	26,8 %
Freiheit/Selbstbestimmung erlangen	27,3 %
Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen	27,3 %
Angst bewältigen	28,8 %

Bei Driessen et al. (2001) konnte die Bedeutung eines Therapieziels auf einer Skala von 1 (nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) bewertet werden. Dabei waren die beiden Kategorien ‚Bewältigung von Angst und Depression‘ (M 2,3; SD 0,8) und ‚Aktive Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit‘ (M 2,1; SD 0,8) die beiden häufigsten Kategorien in der Untersuchung. Grosse-Holtforth und Grawe (2002) klassifizierten Therapieziele in sechs Oberkategorien. Dabei fanden sie einen Anteil von 45,9 % an ‚Selbstbezogene[n] Ziele[n]‘, 11,1 % an ‚Orientierung im Leben‘ und weitere 13,4 % in der Kategorie ‚Verbesserung des Wohlbefindens‘.

Im hier entwickelten System werden in der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ Ziele mit dem Fokus auf Angst und Panik, aber auch des Selbstwerts und des persönlichen Wachstums verstanden. Patienten mit Angst- und Panikstörungen machten einen hohen Anteil des Patientenguts im genutzten Datensatz aus. Des Weiteren waren die meisten Therapeuten tiefenpsychologisch orientiert. Es gibt bereits mehrere Veröffentlichungen, welche sich mit dem Einfluss der theoretischen Orientierung auf die Therapiezielformulierung befassen (Vgl. Ambühl u. Orlinsky, 1997; Faller et al., 2000; Driessen, 2001). Alle Arbeiten konnten feststellen, dass analytisch orientierte Therapeuten Therapieziele als wichtiger erachten, welche sich mit dem Selbstwert und dem Zulassen von Gefühlen oder dem Erkennen von Ursachen für Probleme beschäftigen. Vor diesem Hintergrund erscheint der hohe Anteil in der Zielkategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ schlüssig.

Patienten welche eine Psychotherapie mit dem Ziel beginnen, eine stoffgebundene Sucht zu beenden, sind eher selten. In der hier durchgeführten Analyse wurden in nur zweien

der drei Zielbereiche Therapieziele in ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ formuliert. Das Ergebnis bestätigte also die bisherigen Befunde in der Literatur. Erklärbar wird der niedrige Anteil dadurch, dass Patienten mit den entsprechenden Symptomen eher in speziellen suchttherapeutischen Einrichtungen behandelt werden.

Ruff und Werner (1987) führten lediglich 1 % der Therapieziele in der Kategorie ‚Medikamentenreduktion‘. Auch Heuft et al. (1998) konnten nur 1,1 % der Therapieziele der Kategorie ‚Sucht/Medikamentenbezogene Ziele‘ zuordnen. Driessen et al. (2001) fanden ebenfalls eine eher geringe Bedeutung der Kategorie ‚Bewältigung von Substanzgebrauch und Abhängigkeit‘.

In dieser Arbeit wurden unter ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ Therapieziele zusammengefasst, welche sich mit Aggression, Sexualität, Zwängen, Konflikten und dem Urvertrauen beschäftigten. Dies stellt ein relativ weites Feld dar und dennoch ist der Anteil dieser Kategorie nur im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ auffallend hoch. Für diese Verteilung können zwei verschiedene Ursachen zur Erklärung herangezogen werden: Zum einen gibt es die Neigung tiefenpsychologisch orientierter Therapeuten, Therapieziele als wichtiger zu werten, welche sich mit der Lösung von Konflikten beschäftigen (Vgl. Ambühl u. Orlinsky, 1997; Faller et al., 2000). Zum anderen ist der Begriff der Selbstregulation weniger hart als die Bezeichnungen der anderen beiden Zielbereiche und somit offener für Interpretationen. Es besteht also die Möglichkeit, dass ‚weichere‘ Therapieziele hier festgehalten wurden und so den hohen Anteil der Kategorie in diesem Bereich erklären können.

Der Vergleich zur hier gewählten Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ ist schwierig, da es keine exakte Entsprechung in der Literatur gibt. Ruff und Werner (1987) formulierten die Kategorie ‚Psychogeneseverständnis und Konfliktbearbeitung‘. Hier ordneten sie 8 % der vereinbarten Therapieziele ein. Wie bereits angeführt, war die Kategorie ‚Intrapsychische Ziele‘ bei Heuft et al. (1998) die häufigste Kategorie (60,5 %). Bei Faller und Gossler (1998) formulierten 22,2 % der Patienten Therapieziele in der Kategorie ‚Probleme bewältigen‘. Driessen et al. (2001) ließen die Bedeutung von Therapiezielen auf einer fünfstufigen Skala bewerten (1 = nicht wichtig, 5 = sehr wichtig). Sie benannten die Kategorien ‚Vertrauen zu sich und anderen‘ (M 2,0; SD 0,7) und ‚Bewältigung von Miss-

handlungserfahrungen und Selbstschädigung' (M 1,2; SD 0,8) als relevant für ihre Patienten.

Soweit wie die Ergebnisse vergleichbar sind, decken sich die Verteilungen der Zielkategorien der erwachsenen Patienten mit denen der Literatur. Für die Kinder und jugendlichen Patienten sind dort keine Angaben zu finden, es besteht jedoch eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der erwachsenen Patienten. Unterschiede können jeweils begründet werden.

Häufigkeit der Therapieziele bei den Kindern und jugendlichen Patienten

Um einen Vergleich der Verteilung der Zielkategorien der Therapieziele bei Kindern und jugendlichen Patienten zu ermöglichen, wurden auch hier die Ziele in die sechs Kategorien eingeteilt. Das vollständige Ergebnis zeigt Abbildung 27.

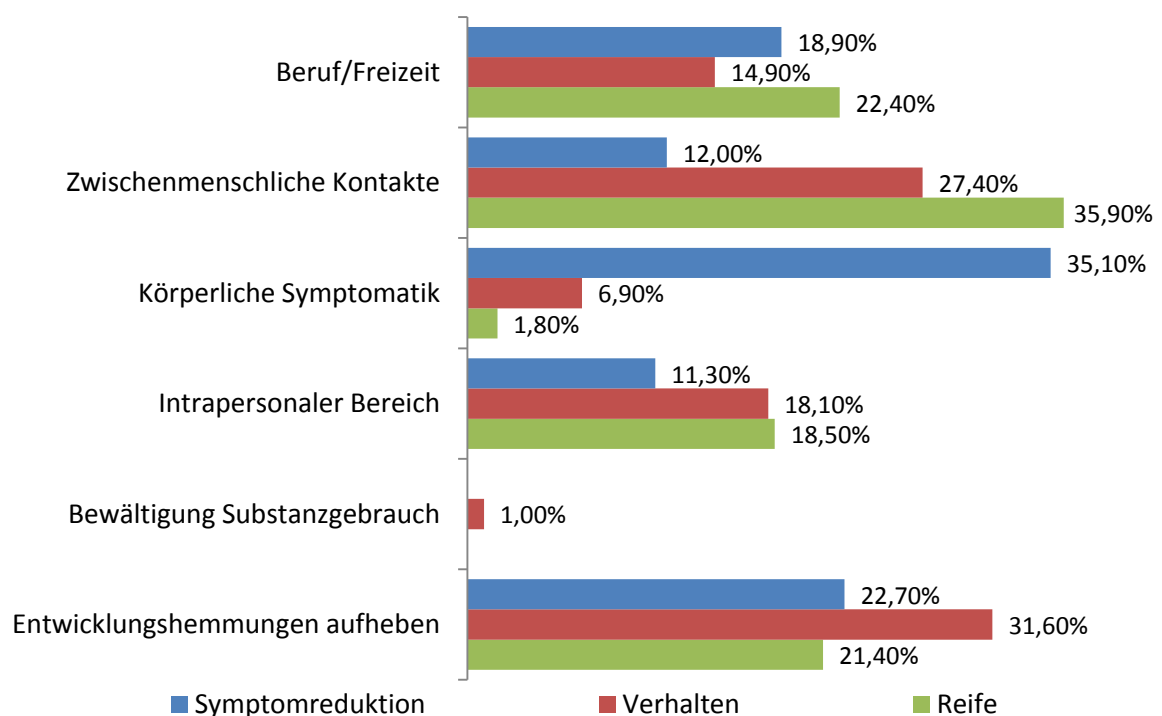


Abb. 27 Prozentuale Häufigkeiten der Zielkategorien in den Bereichen Selbstregulation, Verhalten und Symptomreduktion für die Kinder und jugendlichen Patienten

Die Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ wurde über die drei Zielbereiche hinweg im Mittel etwa gleich oft gewählt, allerdings unterscheidet sich die Verteilung auf die drei Zielbereiche. Während bei den erwachsenen Patienten der Fokus eindeutig auf dem Bereich ‚Symptomreduktion‘ lag, war der Fokus bei den Kindern und jugendlichen Patienten eher auf dem Bereich ‚Reife‘. Die Kategorie beinhaltete für Kinder und Jugendliche in diesem Zielbereich vor allem das Erreichen der Schulreife und den problemlosen Besuch des Kindergartens oder der Schule. Auch die Wahl einer Ausbildungsrichtung und das Bemühen um eine Ausbildungsstelle wurden wiederholt formuliert.

In der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ war die häufige Formulierung im Bereich ‚Reife‘ auffällig. Die Verteilungen in den anderen beiden Zielbereichen waren mit denen der erwachsenen Patienten vergleichbar. Die Verantwortung für eine erfolgreiche Kommunikation liegt bei gleichberechtigten Gesprächspartnern bei beiden Parteien. Lehnt einer der Partner diese Verantwortung ab oder hatte sie nie inne, so entwickelt sich ein Ungleichgewicht. Erlernte, pathologische Kommunikationsmuster können so gefestigt sein, dass es professioneller Hilfe bedarf, um diese umzulernen (Vgl. Rutter u. Brown, 1966). Im Zielbereich ‚Reife‘ sollen also die Kinder und jugendliche Patienten Verantwortung für die Kommunikation übernehmen und diese konstruktiv gestalten lernen.

Überraschend war die Verteilung in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ der Kinder und Jugendlichen: Sie entsprach im Wesentlichen der Verteilung bei den erwachsenen Patienten. Es ist bekannt, dass Kinder Probleme häufig durch unspezifische körperliche Beschwerden zum Ausdruck bringen (Vgl. Mühlig u. Petermann, 1997; Noecker, 2008). So kann sich Angst ebenso durch Bauchschmerzen äußern, wie beispielsweise Trauer. Auch wenn die zugrunde liegenden Auslöser bekannt sind, müssen die geäußerten körperlichen Beschwerden Bestandteil der Therapiezielplanung sein. Eine Besserung in diesem Bereich macht den Therapieerfolg auch für jüngere Kinder gut nachvollziehbar und ist unter Umständen besser greifbar als andere Veränderungen. Waren bei den Erwachsenen Schmerzen und verschiedene Formen von Schlafstörungen prioritär, so kamen bei Kindern und jugendlichen Patienten vor allem Enuresis, Enkopresis und nichtorganisches Erbrechen hinzu. Enkopresis und Enuresis wurden in allen Fällen im Datensatz als sekundär bezeichnet. Schmerzen im Kindes- und Jugendalter waren oft Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen, während somatische Symptome von Essstörungen vor allem im Jugendalter eine Rol-

le spielten. Je nach Alter der Patienten geht der Wunsch nach Therapie teilweise eher von den Eltern aus, welche sich von der Symptomatik beeinträchtigt fühlen (Vgl. Schmid et al., 2003).

Da nur 59,2 % der Kinder und jugendlichen Patienten zehn Jahre oder älter waren, wäre hier ein höherer Anteil bei der Thematisierung von körperlichen Beschwerden zu erwarten gewesen. Erklärend kann auch hier die tiefenpsychologische Orientierung der Therapeuten angeführt werden. Anstelle der Symptomatik wird als Therapieziel die Bewältigung der zugrunde liegenden Problematik formuliert. Unterstützt wird diese These durch den generell hohen Anteil der Kategorie ‚Reife‘ bei den Kindern und jugendlichen Patienten. Diese beinhaltet die Überwindung von Konflikten und selbstverletzendem Verhalten.

Die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ war bei den erwachsenen Patienten die mit Abstand am häufigsten formulierte Kategorie. Vor allem in den Zielbereichen ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ war der Anteil hoch. Bei den Kindern und jugendlichen Patienten war die Verteilung in den Bereichen ‚Verhalten‘ und ‚Reife‘ in etwa gleich, jedoch waren Therapieziele in dieser Kategorie für Patienten dieser Subgruppe nur etwa halb so häufig. Die Inhalte der Kategorie fokussieren auf Angst und Panik, aber auch Selbstwert und persönliches Wachstum. Der Anteil von Patienten mit Angst- und Panikstörungen bei den Kindern und jugendlichen Patienten war eher gering. Den größten Anteil hatten hier *Reaktionen auf schwere Belastung oder Anpassungsstörungen* und *Emotionale Störungen des Kindesalters*. Die den Erkrankungen zugrunde liegenden Mechanismen könnten zu einer Verschiebung der Formulierungen zugunsten der Kategorie ‚Reife‘ geführt haben.

Noch seltener als die erwachsenen Patienten verfolgten die Kinder und jugendlichen Patienten Therapieziele, welche die ‚Bewältigung [von] Substanzgebrauch‘ zum Inhalt hatten. Vor dem Hintergrund des Jugendschutzgesetzes und den resultierenden Schwierigkeiten der Beschaffung von legalen Suchtmitteln, war dieses Ergebnis durchaus zu erwarten. Das mediane Alter der Kinder und jugendlichen Patienten lag bei 11,0 Jahren (SD = 4,2 Jahre), 87,2 % waren 16 Jahre oder jünger.

Für die Kinder und jugendlichen Patienten stellte die Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ die insgesamt häufigste Kategorie dar. Im Gegensatz zu den erwachsenen Pati-

enten lag der Fokus hier eher auf dem Zielbereich ‚Verhalten‘. Die anderen beiden Bereiche hatten ähnliche Anteile an den Formulierungen dieser Kategorie. Bei den erwachsenen Patienten hingegen lag der Schwerpunkt eindeutig im Zielbereich ‚Selbstregulation‘. Teilweise können die Unterschiede durch die verschiedenen Begrifflichkeiten begründet werden. Reife bezeichnet umgangssprachlich einen Zustand der Ausgewogenheit und Maturität. Auch der Vorgang des sich Entwickelns und Zu-etwas-Bestimmtem-Werdens kann so beschreiben werden. Der Therapeut kann es leicht als seine Aufgabe verstehen, im Rahmen der Therapie den eigentlich nicht betroffenen Reifungsprozess des Patienten zu unterstützen. Das Kind bzw. der Jugendliche soll innerlich gefestigt aus der Therapie hervorgehen und mit zukünftigen Herausforderungen umzugehen wissen. Ein weiterer Einflussfaktor kann das Verstehen der Symptomatik als allgemein „mangelnde Reife“ sein. Zusätzlich fokussierten die Zielformulierungen in dieser Kategorie auf die Kontrolle von sexuellen Impulsen und die Frequenz von Gedanken an selbstverletzendes Verhalten. Verbal aggressives Verhalten wurde im Datensatz beschrieben und trug entsprechend zu den Zuordnungen bei.

Die Verteilung der Zielkategorien für die Subgruppe der Kinder und jugendlichen Patienten unterschied sich also von der Verteilung bei den erwachsenen Patienten, jedoch gab es auch überraschende Übereinstimmungen. Verantwortlich für die Abweichungen waren Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen, der speziellen Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen und den unterschiedlichen Begrifflichkeiten.

Verteilung der Diagnosen je Zielkategorie bei den erwachsenen Patienten

Ein Ziel der Arbeit war es zu analysieren, ob es diagnosespezifische Zielkategorien gibt. In der Literatur wurden drei Arbeiten beschrieben, die sich ebenfalls mit dieser Frage beschäftigten. Für die Auswertung in dieser Arbeit wurden die Diagnosen der erwachsenen Patienten aus 17 ICD-Hauptgruppen zu sieben Diagnosegruppen zusammengefasst. So konnten 91,4 % aller Fälle in eine Diagnosegruppe eingeordnet werden. Die übrigen Fälle wurden in der Diagnosegruppe *Sonstige* subsumiert. Bei den Kindern und jugendlichen Patienten wurden 21 ICD-Hauptgruppen zu zehn Diagnosegruppen zusammengefasst. So wurden 90,2 % aller Fälle erfasst. Zu der Diagnosegruppe *Sonstige* wurden hier 9,8 % der Diagnosen zugeordnet. Durch die Betrachtung aller häufigen Diagnosen im Datensatz,

entgegen einer Fokussierung der Analyse auf zwei oder drei Diagnosegruppen, konnte die hohe Fallzahl erhalten werden.

Der Anteil der Patienten mit einer Depression (*Depressive Episode* oder *Rezidivierende depressive Störung*) lag im Datensatz bei circa 40 %. Im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ formulierten Patienten in diesen Diagnosegruppen in circa der Hälfte der Fälle in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. Mit circa einem Viertel der Formulierungen stellte ‚Körperliche Symptomatik‘ die zweithäufigste Kategorie dar. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ fielen jeweils 45,6 % der Therapieziele in die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. Hier wurde ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in circa einem Viertel der Fälle formuliert. Im letztem Zielbereich ‚Selbstregulation‘ wurde zu circa 60 % in ‚Intrapersonaler Bereich‘ und zu einem Fünftel in ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ formuliert. Abbildungen 28 und 29 zeigen die genaue Verteilung für die Diagnosegruppen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung*.

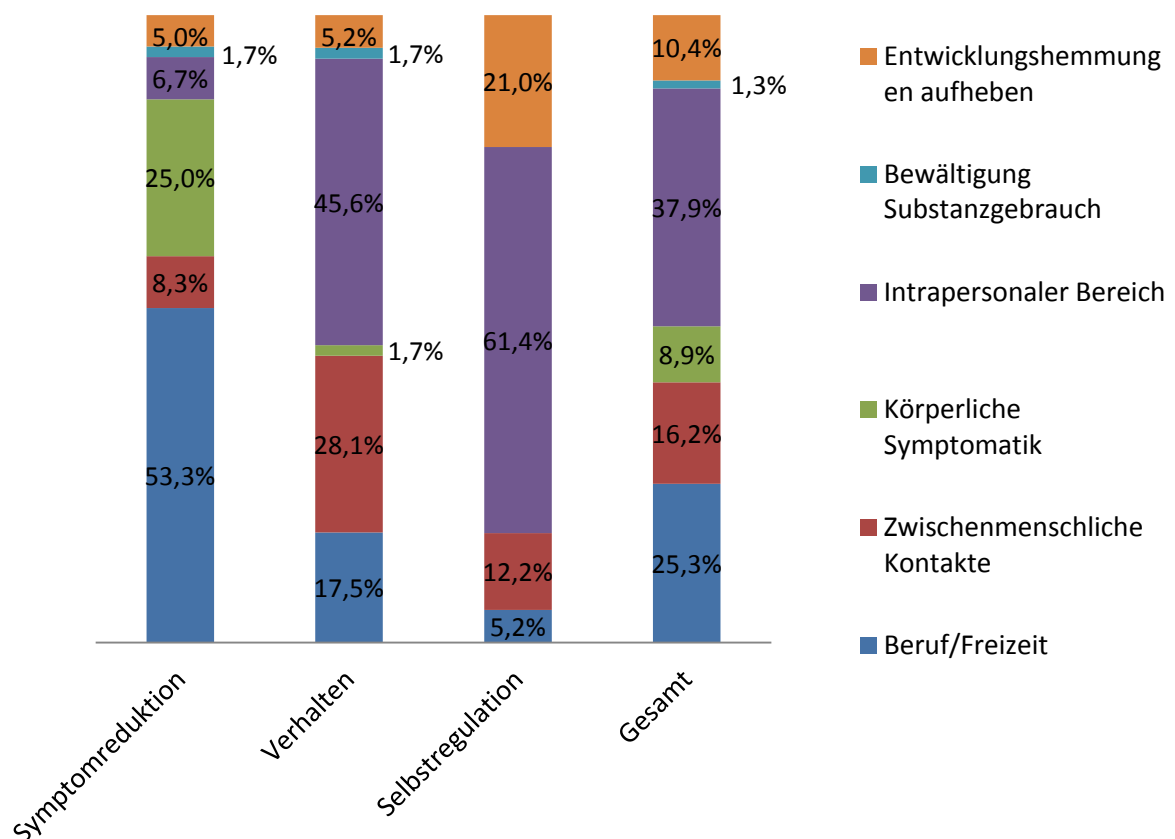


Abbildung 28

Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Depressive Episode*

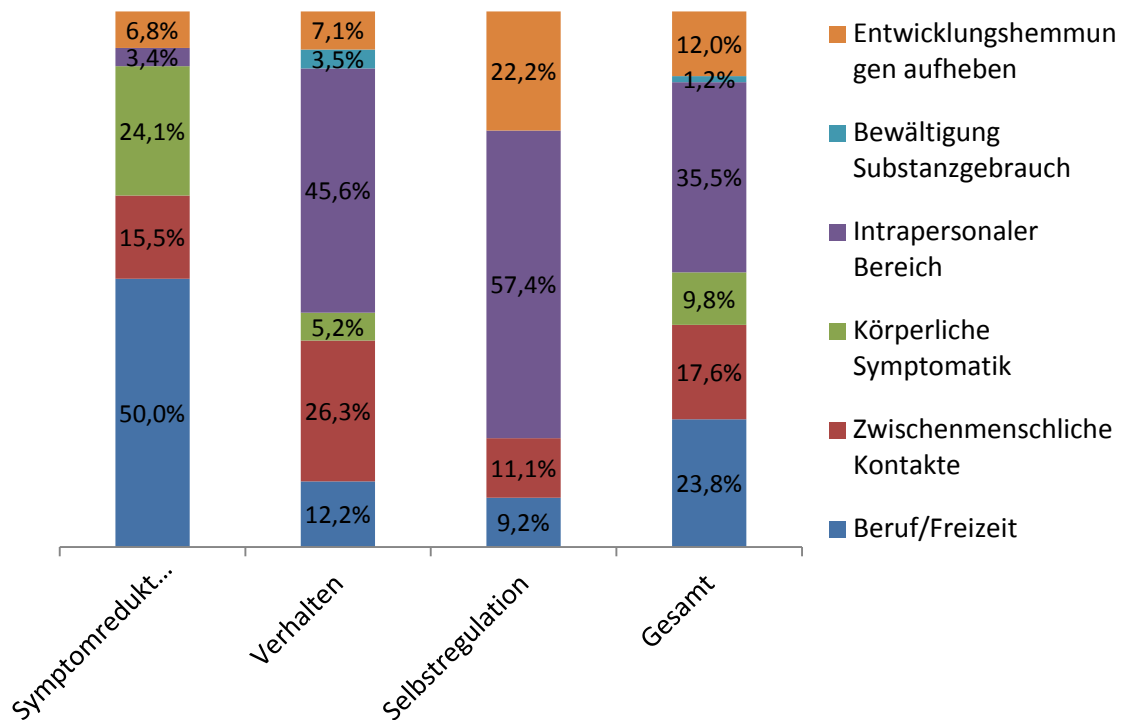


Abb. 29 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Rezidivierende depressive Störung*

Faller und Gossler (1998) beschrieben in ihrer Arbeit einen Anteil von 34 % von Patienten in der Diagnosegruppe *Depressionen*. Diese hatten in circa einem Drittel der Fälle Therapieziele in der Kategorie ‚Familiäre Situation und Partnerbeziehung‘. Auch ‚Depressive Beschwerden‘ und ‚Angst‘ spielten eine Rolle. Insgesamt war es jedoch schwierig, eine dominante Zielkategorie zu bestimmen. Berking et al., (2004) fassten unter *Depression* auch die Therapieziele von kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten zusammen, welche an *Bipolaren Störungen* oder *Anpassungsstörungen mit depressiver Verstimmung* litten. Die Diagnosegruppe umfasste so 57,9 % der Patienten. Die mit Abstand am häufigsten formulierte Kategorie stellte hier ‚Körperbezogene Probleme und Medikamente‘ (20,7 %) dar. Auf die restlichen sechs Kategorien entfielen jeweils 6–10 % der Therapieziele. In der Arbeit von Dirmaier (2005) waren 45,6 % der Patienten der Diagnosegruppe *Depressive Störungen* zugeordnet. Der Fokus lag für Patienten mit dieser Diagnosegruppe eindeutig auf der Kategorie ‚Symptomreduktion‘ (OR = 19,93). Die nächste Kategorie ‚Biografie‘ wies eine Odds Ratio von 3,41 auf.

Der Anteil der depressiven Patienten im hier genutzten Datensatz lag also in einer vergleichbaren Größenordnung. In jedem der drei Zielbereiche gab es eine dominante Zielkategorie und eine weniger wichtige zweite Kategorie. Die restlichen vier Kategorien waren jeweils ungefähr gleich selten vertreten. Die Ergebnisse decken sich insoweit mit der Literatur, als dass auch in den aufgeführten Arbeiten eine Kategorie dominierte und sich die restlichen Therapieziele mehr oder minder gleichmäßig auf die übrigen Kategorien verteilten. Der prozentuale Anteil, den die dominierende Kategorie in dieser Arbeit jeweils innehatte, war jedoch hoch. Fasst man die Verteilung in den drei Zielbereichen zusammen, so ergab sich ‚Intrapersonaler Bereich‘ als Schwerpunkt der Verteilung. Gleichzeitig sank der prozentuale Anteil, welchen die Kategorie an der Gesamtverteilung hatte auf mit der Literatur vergleichbare Werte. Die Kategorie ‚Familiäre Situation und Partnerbeziehung‘ bei Faller und Gossler (1998) ist am ehesten mit den Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in dieser Arbeit vergleichbar. Die bei Berking et al. (2004) dominierenden ‚Körperbezogenen Probleme und Medikamente‘ (20,7 %) entsprechen recht gut der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ im Bereich ‚Symptomreduktion‘ in dieser Arbeit. Der Anteil an der Gesamtverteilung war zwar geringer, allerdings ist nachvollziehbar, dass die Begrifflichkeit ‚Symptomreduktion‘ eher zu einer Angabe von somatischen Beschwerden führt, als die beiden anderen Zielbereiche. An körperlichen Symptomen sind bei einer Depression Schlafstörungen und Müdigkeit, Appetitverlust bis hin zu Agitiertheit und Libidoverlust zu erwarten. Da diese Beeinträchtigungen den Patienten in seiner Lebensqualität einschränken, ist regelmäßig mit einer entsprechenden Zielformulierung zu rechnen (Vgl. Detweiler-Bedell et al., 2008).

Die Ergebnisse in der Literatur sind durch die Nutzung unterschiedlicher Taxonomien schwer zu vergleichen. Die Arbeit von Berking et al. fasste ICD-Hauptgruppen zu Diagnosegruppen zusammen, die hier getrennt ausgewertet wurden. Die Ergebnisse scheinen sich jedoch vor allem bei der Identifikation der dominierenden Zielkategorie zu unterscheiden. Übereinstimmend mit den Ergebnissen in dieser Arbeit waren die übrigen Therapieziele mehr oder minder gleichmäßig auf die jeweils restlichen Zielkategorien verteilt. Die strukturelle Ähnlichkeit der Ergebnisse in dieser Arbeit und der Literatur lassen auf eine gewisse Analogie schließen.

Patienten mit einer *Phobischen Störung* bzw. einer *Anderen Angststörung* machten rund 13 % bzw. 16 % der Patienten im Datensatz aus. Für beide Diagnosegruppen lag der Schwerpunkt der Formulierungen im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘. Dies war besonders ausgeprägt bei den Patienten mit einer *Anderen Angststörung*, während bei Patienten mit einer *Phobischen Störung* die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ hinzukam. Im Bereich ‚Verhalten‘ dominierte in beiden Diagnosegruppen die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘, während es bei der ‚Selbstregulation‘ die Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ war. Wird die Gesamtverteilung über alle drei Zielbereiche betrachtet, so wird deutlich, dass für Patienten mit einer *Phobischen Störung* vor allem die Kategorien ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ eine Rolle spielten. Bei Patienten mit einer *Anderen Angststörung* waren es die Kategorien ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Die vollständige Verteilung zeigen Abbildungen 30 und 31.

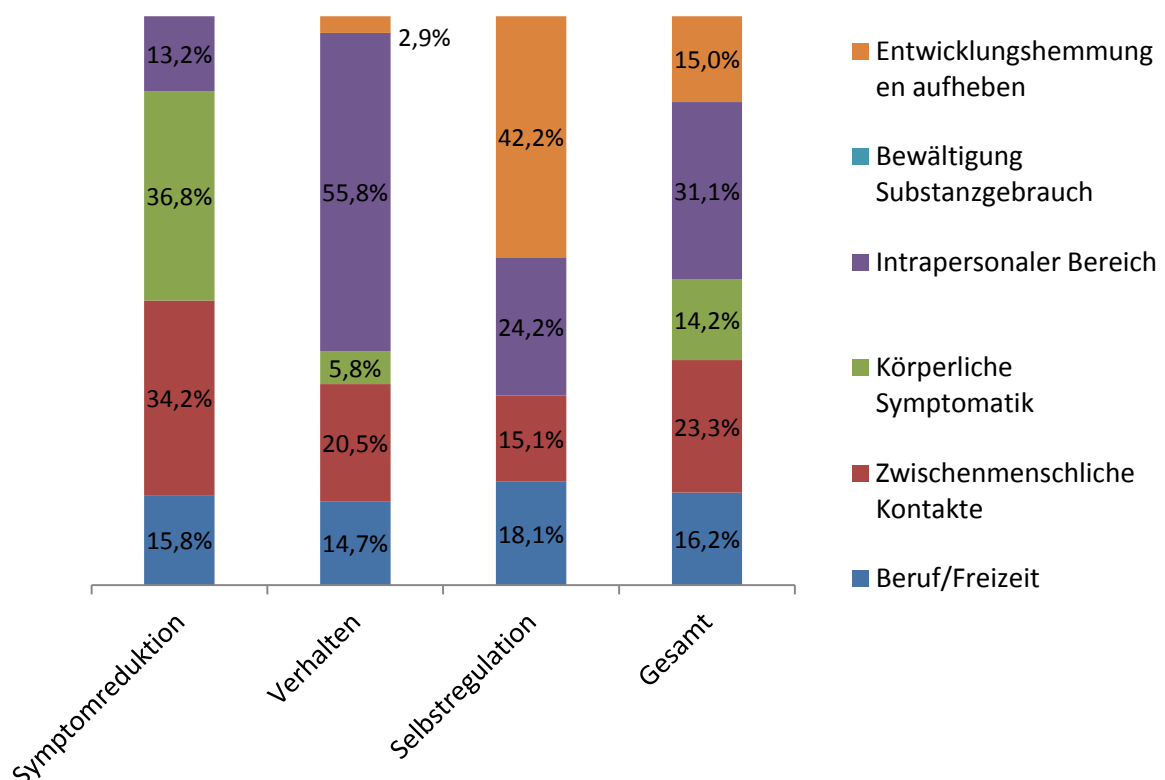


Abb. 30 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Phobische Störung*

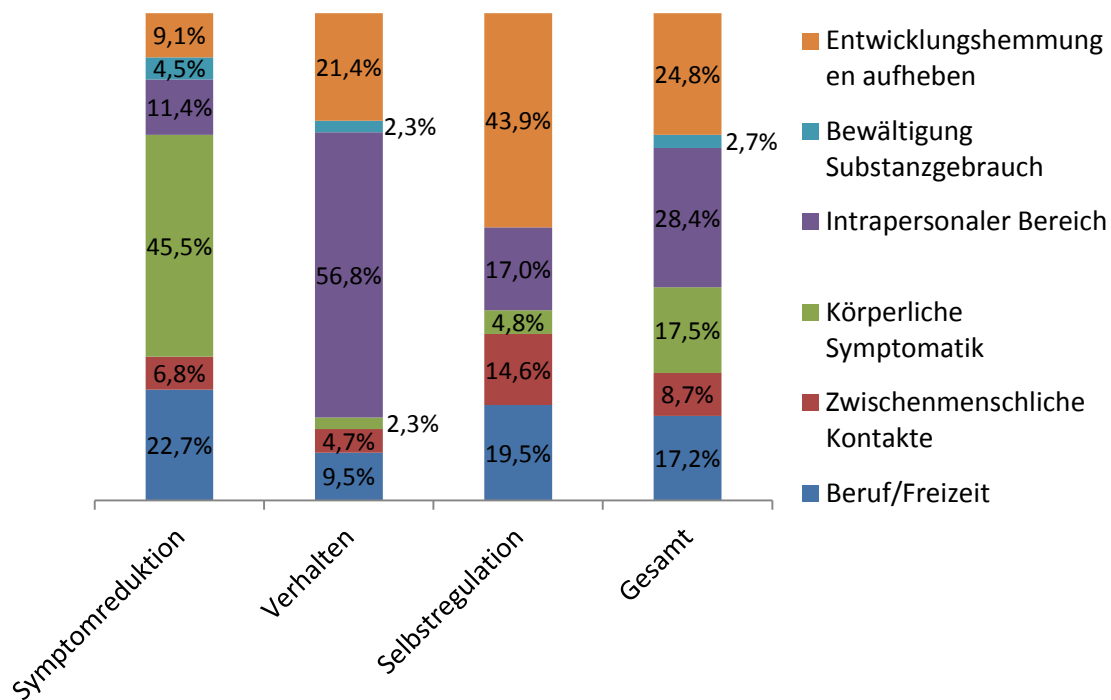


Abb. 31 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Angststörung*

In der Diagnosegruppe *Angst* konnten Faller und Gossler (1998) feststellen, dass Patienten zu 73,1 % die Zielkategorie ‚Angst‘ wählten. ‚Körperliche Beschwerden‘ und ‚Unspezifisch Gesundheit‘ wurden zu 7,7 % bzw. 11,5 % formuliert. Der Anteil von Patienten mit Therapiezielen, welche sich auf depressive Symptome bezogen, lag bei 3,8 %. Die Vergleichbarkeit mit der Arbeit von Berking et al. (2004) wird dadurch erschwert, dass in der Diagnosegruppe *Angst* auch die ICD-Diagnosen *Zwangsstörung* und *Posttraumatische Belastungsstörung* betrachtet wurden. Der Anteil der Patienten mit einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* an der Diagnosegruppe lag bei circa 13 %. Die Zielkategorie ‚Ängste‘ machte 43,9 % der Formulierungen aus. Es folgten ‚Körperbezogene Probleme und Medikamente‘ mit 10,6 %. Dirmmaier et al. (2005) konnten in der Diagnosegruppe *Angststörungen* eine Odds Ratio von 69,36 für die Kategorie ‚Symptomreduktion‘ feststellen. Die übrigen Kategorien hatten im Vergleich kaum einen Einfluss.

In den dargestellten Arbeiten wurden also vor allem angstspezifische Symptomatik und separat körperliche Symptomatik thematisiert. Wie bereits beschrieben, handelte es sich bei den im Datensatz beschriebenen Symptomen vor allem um vegetative Mitreaktionen und Vermeidungsverhalten gegenüber der Situation (Vgl. 4.1.2 *Psychische Störungen* in

dieser Arbeit). Besonders bei Patienten mit einer *Anderen Angststörung* war der Anteil der Therapieziele in ‚Körperliche Symptomatik‘ sehr hoch. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Literatur. Der geringere Anteil an der Gesamtverteilung über alle drei Zielbereiche ist darauf zurückzuführen, dass Ziele mit diesem Inhalt aus semantischen Gründen im Bereich ‚Symptomreduktion‘ genannt wurden. Die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ war für beide Diagnosegruppen vor allem für den Zielbereich ‚Verhalten‘ relevant, was sich auch in der Gesamtverteilung widerspiegelte. Im Klassifikationssystem ist vorgesehen, dass Ängste hier verschlüsselt werden, sofern sie nicht spezifisch eine andere Kategorie betreffen. ‚Intrapersonaler Bereich‘ ist also noch am ehesten mit den angstspezifischen Kategorien der diskutierten Arbeiten zu vergleichen. Durch die verschiedenen Taxonomien ist der Anteil in dieser Arbeit zwar geringer als in der Literatur, jedoch kann die Betrachtung des Zielbereichs ‚Verhalten‘ diese Unterschiede relativieren.

Der Anteil der Patienten mit *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* lag im verwendeten Datensatz bei circa 14 %. Im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ finden sich hohe Anteile an Formulierungen in den Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Körperliche Symptomatik‘. Die häufig im Datensatz angegebenen Schlafstörungen waren in den meisten Fällen multifaktoriell bedingt. Als unspezifisches Frühsymptom vieler Erkrankungen kann nichterholsamer Schlaf lange übersehen oder hingenommen werden. Chronische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus können dabei durch Persönlichkeits- und Zwangsstörungen verursacht sein, aber auch Alpträume bei Belastungs- oder Anpassungsstörungen verhindern erholsamen Schlaf. Allgemein kann jede Art von subjektiv wahrgenommenem Stress erholsamen Schlaf verhindern (Vgl. Strygin et al., 2011). Typisch für einige Erkrankungen der Diagnosegruppe ist das Vermeiden der angstbesetzten Situationen. Es ist schlüssig, dass hierdurch auch die Freizeitgestaltung stark eingeschränkt sein kann, was zu vielen Formulierungen in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ führte. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ war besonders die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ betroffen. Das resultierende Verteilungsmuster kann als Fortsetzung der im Bereich ‚Symptomreduktion‘ betrachteten Problemfelder verstanden werden. Die typische Symptomatik von Patienten mit *einer Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* ist geeignet, die Kommunikation mit Mitmenschen negativ zu beeinflussen. Besonders zum Tragen kommt dieser Mechanismus im engeren Umfeld der Familie und der Arbeitsstätte. Im Zielbereich

‚Selbstregulation‘ wurden mehr als die Hälfte aller Ziele als zur Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ gehörend bewertet. Da in dieser Kategorie Therapieziele klassifiziert werden, welche Aggression und psychosomatische Symptome thematisieren, führte die Begrifflichkeit ‚Selbstregulation‘ zu einer Verschiebung entsprechend formulierter Therapieziele in diesen Bereich. In der Gesamtverteilung über alle drei Zielbereiche waren die Therapieziele dann wiederum mehr oder minder gleich auf die Kategorien verteilt. Lediglich die Kategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ war stark unterrepräsentiert.

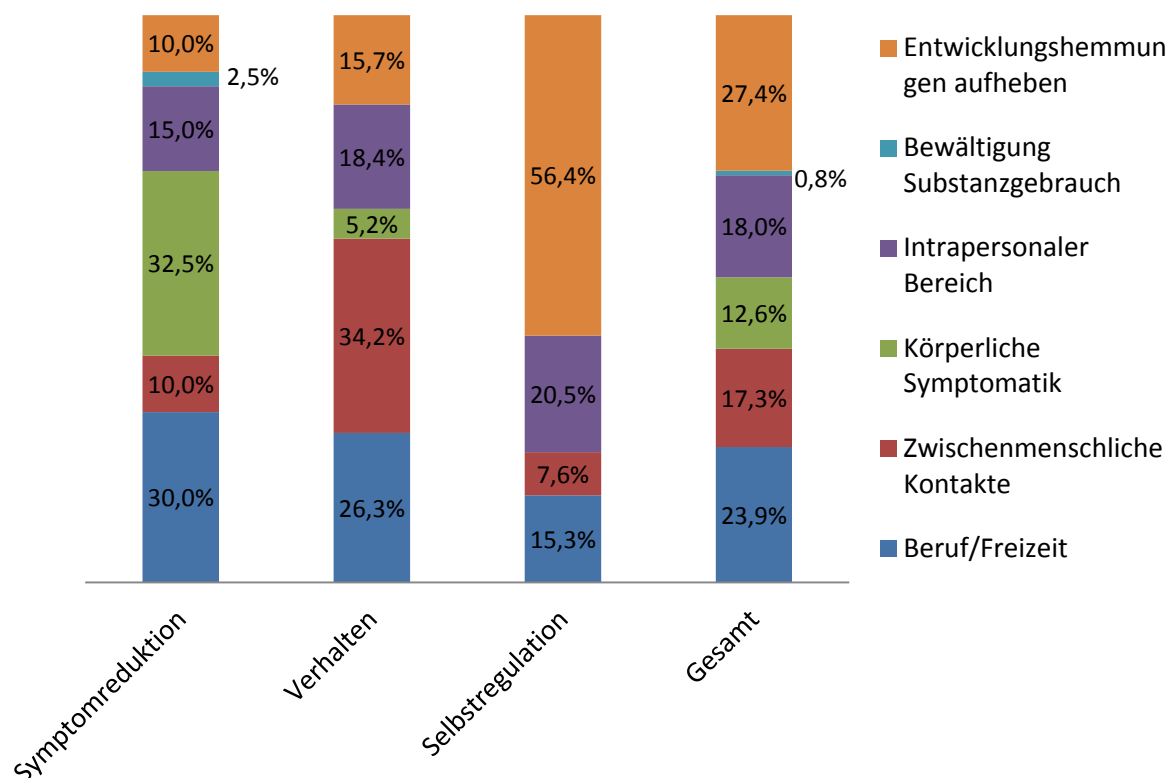


Abb. 32 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung*

Nur Dirmaier et al. (2005) untersuchten *Anpassungs- und Belastungsstörungen* getrennt von *Angst*. In der Arbeit lag der Anteil an der Gesamtpatientenzahl bei 18,6 %. Die Odds Ratios waren insgesamt eher heterogen über die Zielkategorien verteilt. Den größten Einfluss wiesen die Kategorien ‚Stressbewältigung‘ und ‚Biografie‘ auf.

Damit war der Anteil an der Gesamtpatientenzahl in dieser Arbeit mit den Befunden bei Dirmaier et al. (2005) vergleichbar. Die Taxonomien sind verschieden und nicht direkt vergleichbar. Dennoch kann verallgemeinernd geschlossen werden, dass die Therapieziele

von Patienten mit einer *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* eher weit gestreut und wenig fokussiert sind.

Für Patienten mit der Diagnose *Somatoforme Störung* lag der Schwerpunkt der Formulierungen im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ wenig überraschend auf der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘. Die typische Symptomatik dieses Störungsbildes vermag die Formulierungen in einem Bereich, welcher ‚Symptomreduktion‘ benannt ist, zu erklären. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ dominierte die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. In dieser Kategorie sieht die Taxonomie vor, Therapieziele zu verschlüsseln, welche Selbstwert, Vertrauen in sich und andere sowie persönliches Wachstum thematisieren. All diese Gebiete können bei einer ‚Somatoformen Störung‘ typischerweise betroffen sein. Auch der Schwerpunkt auf ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ kann so erklärt werden. Hier sollen Therapieziele im Zusammenhang mit Konflikten und Urvertrauen eingeordnet werden. Im psychosomatischen Modell lösen ungelöste Konflikte bei Überschreiten der Dekompensationsgrenzen körperliche Beschwerden aus. Der Therapeut ist entsprechend um Lösung der Konflikte bemüht. Aufgrund der eher geringen Fallzahl lag der Schwerpunkt bei der Gesamtverteilung über alle drei Zielbereiche auch auf den drei diskutierten Kategorien. Das gesamte Ergebnis zeigt Abbildung 33.

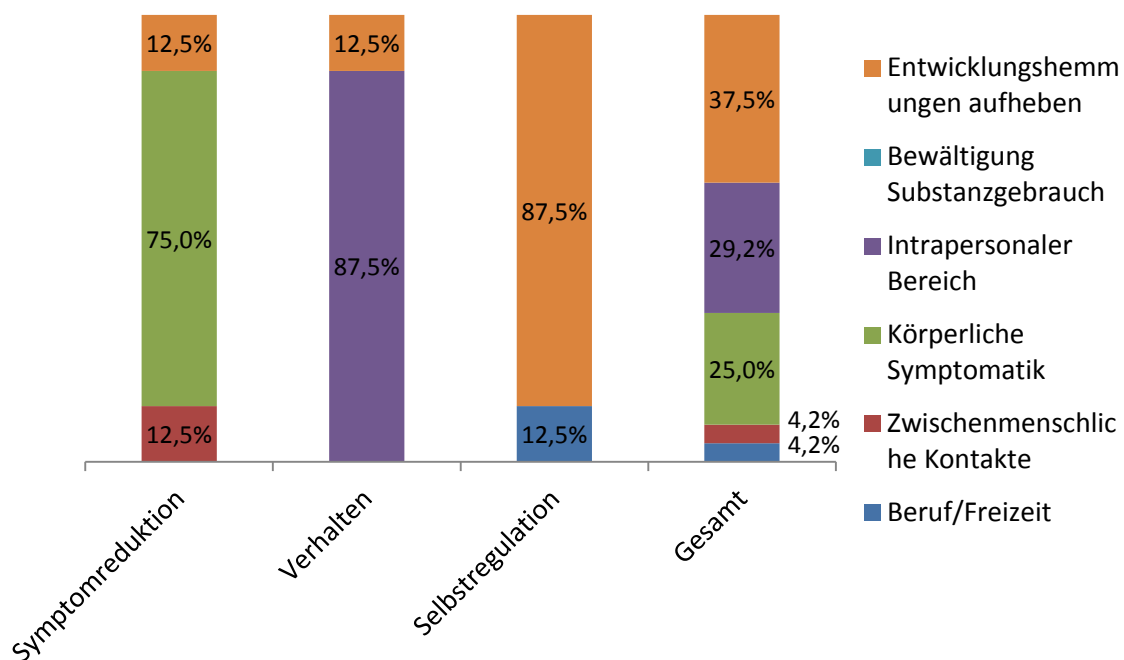


Abb. 33 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Somatoforme Störung*

In der Arbeit von Faller und Gossler (1998) betrug der prozentuale Anteil von Patienten mit einer *Somatoformen Störung* 15 %. Dabei hatten die Hälfte aller Patienten ein Therapieziel in der Kategorie ‚Körperliche Beschwerden‘. Auch die Kategorie ‚Unspezifisch Gesundheit‘ wurde von circa einem Drittel der Patienten gewählt. Bei Dirmmaier (2005) wiesen die Kategorien ‚Schmerzen‘, ‚Vegetative Beschwerden‘ und ‚Information‘ vergleichsweise hohe Odds Ratios auf. Der Einfluss der Diagnose auf die übrigen Kategorien war ausgesprochen gering.

Die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit decken sich also zu weiten Teilen mit denen der besprochenen Veröffentlichungen. Für Patienten mit einer *Somatoformen Störung* standen die Linderung der körperlichen Beschwerden und der durch die Störung bedingten Einschränkungen im Vordergrund. Zusätzlich konnte die Wichtigkeit der Lösung der zugrunde liegenden Konflikte gezeigt werden.

Die Diagnosegruppe *Essstörungen* wurde acht Patienten in dieser Arbeit zugewiesen. Im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ wurde erwartungsgemäß die Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ am häufigsten gewählt. Auch im Bereich ‚Verhalten‘ war diese Kategorie für einen großen Anteil der Formulierungen verantwortlich. Einen ebenso großen Anteil nahm die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ ein. In dem Zielbereich ‚Verhalten‘ sollen problematische Reaktionen auf die Umwelt verbessert werden. Bei essgestörten Patienten liegen häufig Körperschemastörungen vor. Die andauernde Beschäftigung mit dem vermeintlich zu hohen Körpergewicht belastet durch ihre Natur auch die Beziehungen zu anderen Menschen. Werden Rituale der gemeinsamen Nahrungsaufnahme vermieden oder erfolgt heimliches Erbrechen, so erfinden die Betroffenen Ausflüchte, um sich nicht erklären zu müssen. Um den Patienten Hilfe bieten zu können, sind tragfähige soziale Netze notwendig (Vgl. Wilson, 2005). Im Bereich ‚Selbstregulation‘ dominierte zwar die Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘, aber auch in ‚Körperliche Symptomatik‘ wurde hier noch zu einem bedeutenden Anteil formuliert. Unter gemeinsamer Betrachtung aller Zielbereiche wies ‚Körperliche Symptomatik‘ dann auch fast die Hälfte aller Therapieziele von essgestörten Patienten auf. Die Therapieziele, welche der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ zugeordnet wurden, beschäftigten sich hauptsächlich mit Zwängen im Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme und Nahrungsrestriktion (Kalorienzählen etc.).

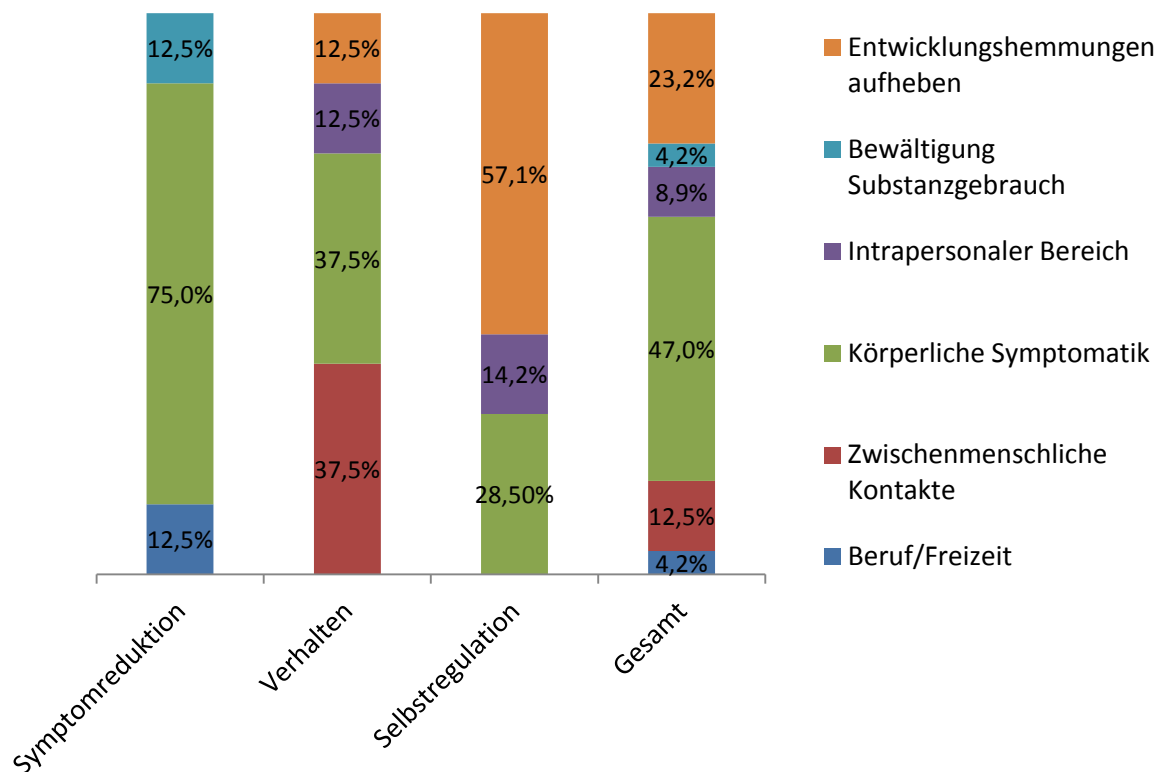


Abb. 34 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Essstörungen*

Die Diagnosegruppe *Essstörungen* bei Faller und Gossler (1998) umfasste 6 % der insgesamt 198 Patienten der Untersuchung. Im Ergebnis war es schwierig, eine einzige dominante Kategorie zu bestimmen. Am häufigsten wurde in den Kategorien ‚Depressive Beschwerden‘ (29,4 %) und ‚Angst‘ (23,5 %) formuliert. Aber auch die am seltensten gewählte Kategorie ‚Unspezifisch Gesundheit‘ (11,8 %) stellte einen nicht unerheblichen Anteil. Überraschenderweise wurde nicht in der Kategorie ‚Sucht/Esstörungen‘ formuliert. Dirmaier (2005) wies 18 % der Patienten in seiner Arbeit der Diagnosegruppe *Essstörungen* zu. Dabei zeigten sich eindeutige Odds Ratios: Für die Kategorie ‚Symptomreduktion‘ betrug die Odds Ratio 31,85, für ‚Information‘ und ‚Biografie‘ hingegen nur 5,36 und 5,56. Der Einfluss der restlichen Kategorien war entsprechend vernachlässigbar gering.

Die Ergebnisse der beiden veröffentlichten Arbeiten sind widersprüchlich. Die Untersuchung in der vorliegenden Arbeit deckt sich dabei gut mit der Arbeit von Dirmaier (2005). Der Schwerpunkt der Zielsetzung lag demnach für essgestörte Patienten auf dem Gebiet der körperlichen Symptomatik. Des Weiteren wurden Therapieziele im Zusammenhang mit zwanghafter Symptomatik formuliert.

Verteilung der Diagnosen je Zielkategorie bei den Kindern und jugendlichen Patienten

In der Diagnosegruppe *Depressive Episode* bei den Kindern und jugendlichen Patienten wurde im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ zu je 40 % in den Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Körperliche Symptomatik‘ formuliert. Eine Ursache für die häufige Formulierung könnte in der Tatsache liegen, dass Kinder Probleme häufig durch unspezifische körperliche Beschwerden zum Ausdruck bringen (Vgl. Noecker, 2008; Mühlig & Petermann, 1997). Im Bereich ‚Verhalten‘ betrug der Anteil von ‚Beruf/Freizeit‘ noch mehr als ein Viertel, während sich ‚Intrapersonaler Bereich‘ als häufigste Kategorie darstellte. Im Zielbereich ‚Reife‘ wurden noch ein Drittel der Therapieziele in dieser Kategorie formuliert. Dominierend war jedoch auch hier die Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ (46,6 %). Über alle drei Zielbereiche hinweg lag der Schwerpunkt auf der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘. Wie bereits ausgeführt, waren dabei vor allem der problemlose Besuch von Kindergarten und Schule formuliert worden. Auch eine Verbesserung schulischer Leistungen und Veränderungen der Ausbildungsplatzsituation spielten eine Rolle. Eine weitere wichtige Kategorie stellte ‚Intrapersonaler Bereich‘ dar.

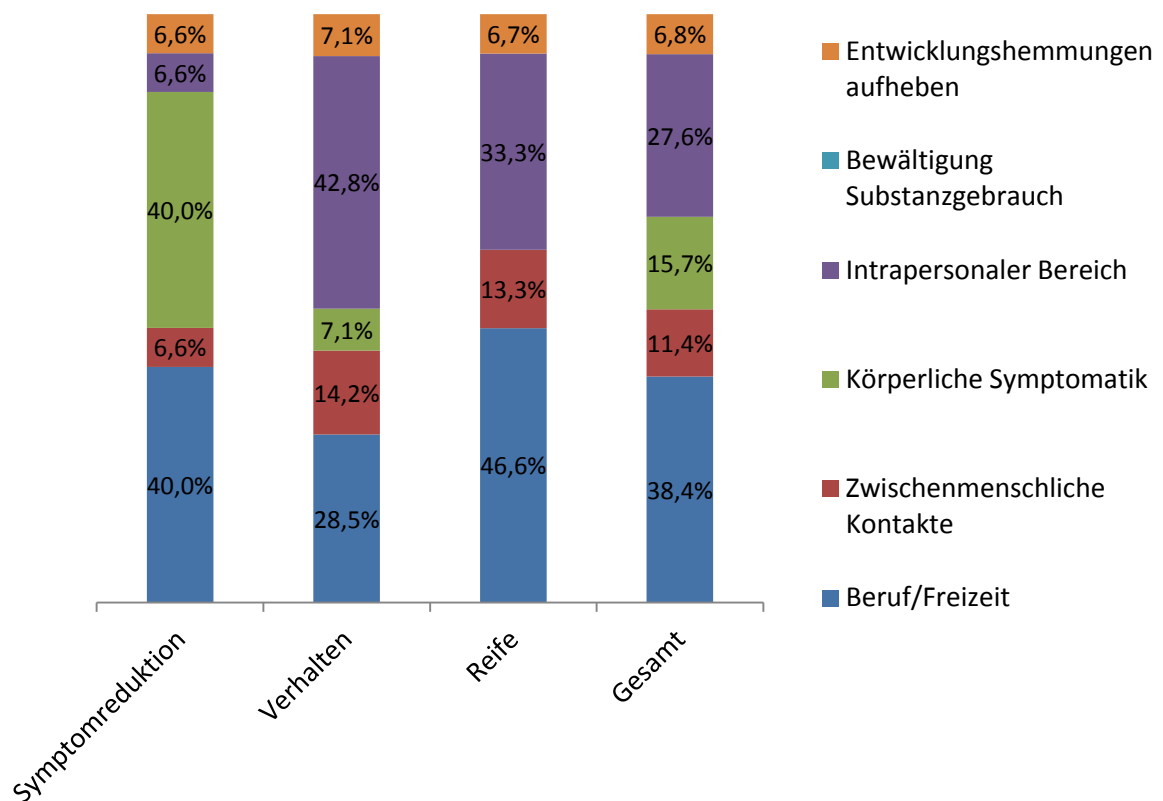


Abb. 35 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Depressive Episode* der Kinder und jugendlichen Patienten

Bei den erwachsenen Patienten war der Anteil der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ geringer und der Anteil von ‚Intrapersonaler Bereich‘ größer als bei den Kindern und jugendlichen Patienten. Insgesamt waren die Verteilungen der Therapieziele auf die einzelnen Kategorien jedoch für beide Patientensubgruppen vergleichbar.

Für Kinder und jugendliche Patienten mit der Diagnose *Andere Angststörungen* lag im Bereich ‚Symptomreduktion‘ der Schwerpunkt der Formulierungen auf der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ dominierte ‚Intrapersonaler Bereich‘. Im Bereich ‚Reife‘ hatte ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ die größte Bedeutung. Über alle drei Zielbereiche hinweg war ‚Intrapersonaler Bereich‘ die wichtigste Kategorie. Kindliche Ängste unterscheiden sich von denen der Erwachsenen (Vgl. Remschmidt, 2007), denn häufig erlangen entwicklungsspezifische Ängste erst durch eine besonders starke Ausprägung oder ein Überdauern der Entwicklungsphase krankhaften Charakter (Vgl. Cecilia u. Essau, 2003). Das gesamte Ergebnis zeigt Abbildung 36.

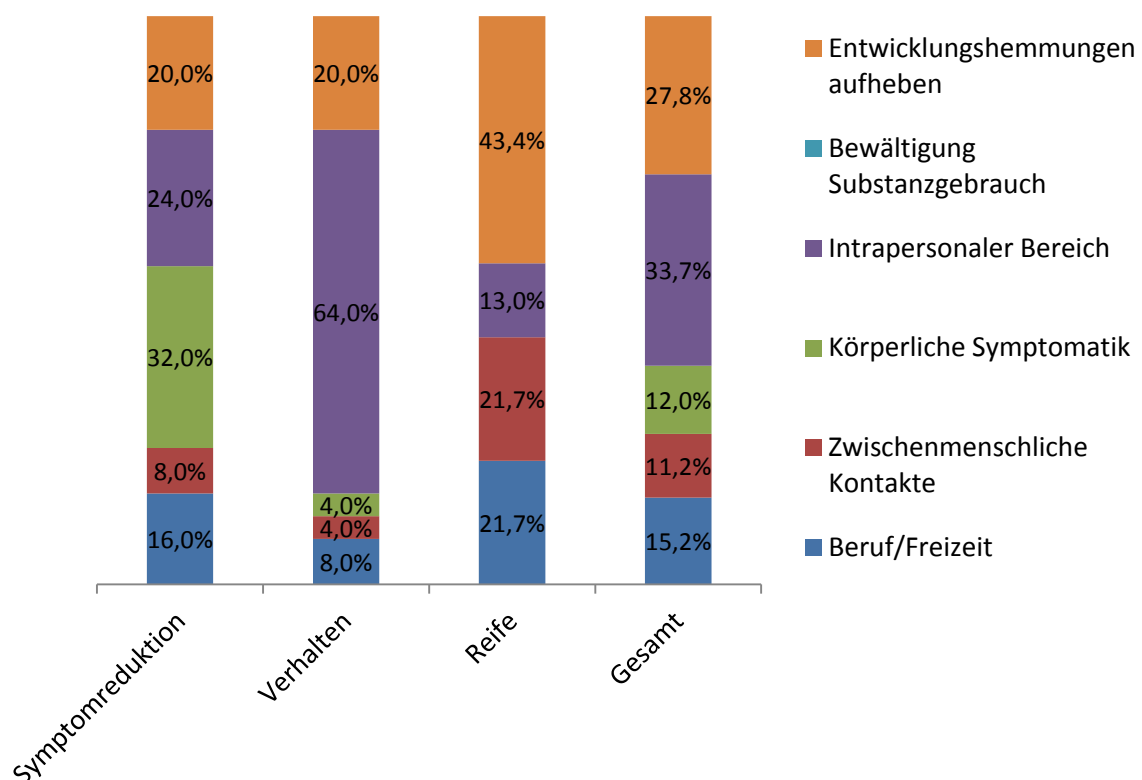


Abb. 36 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Angststörung* der Kinder und jugendlichen Patienten

Auch für Kinder und jugendliche Patienten mit der Diagnose *Andere Angststörungen* liegen die Ergebnisse der Verteilungen in den gleichen Größenordnungen wie bei den erwachsenen Patienten. Der ‚Intrapersonale Bereich‘ und die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ nahmen bei den Kindern und jugendlichen Patienten einen höheren Stellenwert ein. Der Diagnose können, in der Subgruppe der Kinder und Jugendlichen, durchaus kommunikative Bedeutungsaspekte zugerechnet werden. Im Gegenzug war die Bedeutung der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ geringer. Die Unterschiede in der Verteilung können durch die fokussierten Ängste bei Kindern- und jugendlichen Patienten begründet werden.

Die Diagnosegruppe *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* war für die Kinder und jugendlichen Patienten die am stärksten besetzte Diagnosegruppe. Mehr als ein Viertel der behandelten Patienten wurde so diagnostiziert. Im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ fokussierten sich die Therapieziele auf die Kategorien ‚Körperliche Symptomatik‘ (46,1 %) und ‚Beruf/Freizeit‘ (25,6 %). Im Zielbereich ‚Verhalten‘ hingegen lag der Schwerpunkt der Formulierungen auf der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘. Jedoch wurde auch hier ein Fünftel der Therapieziele in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ formuliert. Kinder und Jugendliche sind in ihrer psychischen Grundstruktur noch nicht ausgereift und deshalb anfälliger für Störungen (Vgl. Erhart et al., 2007; Scheithauer u. Petermann, 1999). Die resultierenden Symptome können vielfältig sein, drücken sich jedoch fast immer auch in Beziehungen zu Mitmenschen aus (Vgl. Brisch, 2009). Da diese Veränderungen auf der Beziehungsebene, sowohl für Kinder bzw. Jugendliche als auch für deren Bezugspersonen spürbar sind, war eine häufige Formulierung in dieser Kategorie schlüssig und zu erwarten. Im Zielbereich ‚Reife‘ blieb ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ weiter die häufigste Kategorie (40,2 %), während ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ an Bedeutung gewann. Über alle drei Zielbereiche hinweg betrachtet wurde der Einfluss der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ noch deutlicher. Probleme, auf andere zuzugehen und stabile Freundschaften zu pflegen, wurden in den Kriterien der Therapieziele entsprechend oft beschrieben. Das Wahrnehmen eigener und fremder Bedürfnisse schien übereinstimmend mit Wolff Metternich (2000) vor allem innerhalb der Ursprungsfamilie

problematisch. Die übrigen Kategorien waren mit Ausnahme von ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ recht gleichmäßig verteilt. Das vollständige Ergebnis zeigt Abbildung 37.

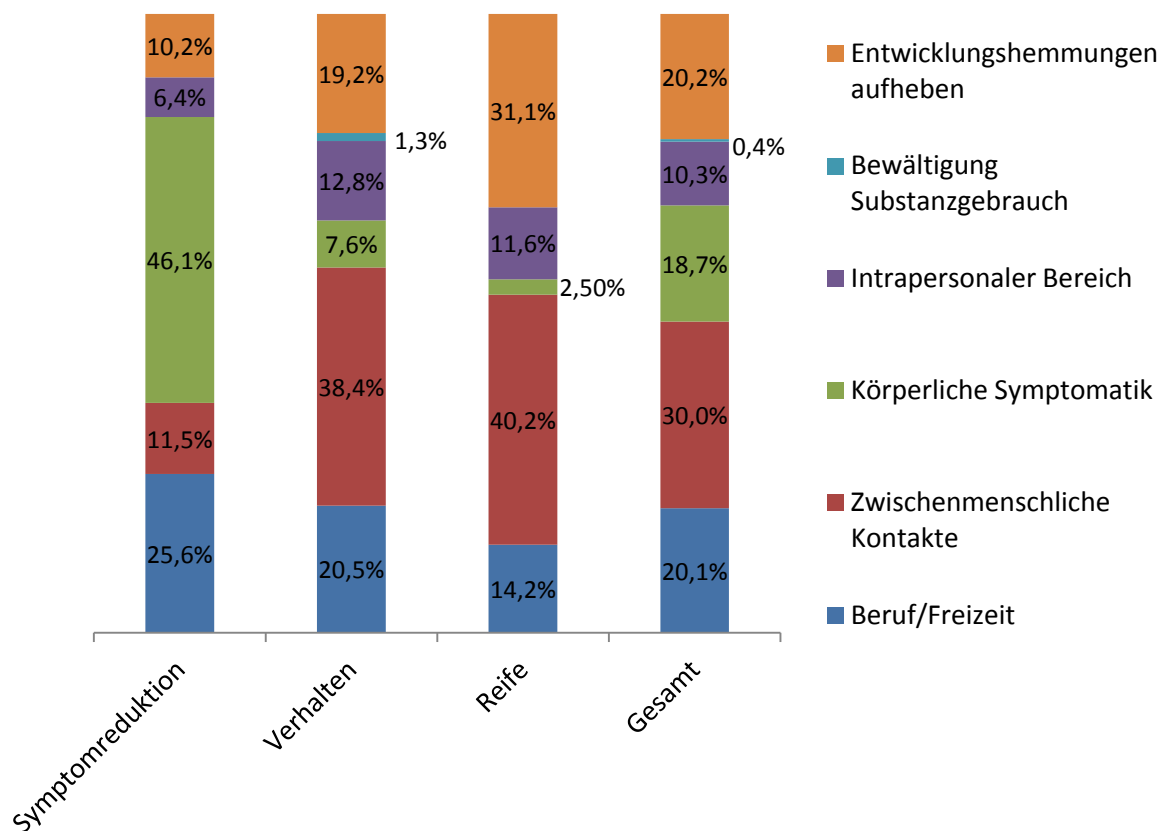


Abb. 37 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen* der Kinder und jugendlichen Patienten

Im Vergleich zu den Ergebnissen der erwachsenen Patienten fällt auf, dass die Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ im Bereich ‚Symptomreduktion‘ deutlich stärker betont war, während der ‚Intrapersonale Bereich‘ nur eine untergeordnete Rolle spielte. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ war die Verteilung in etwa vergleichbar und wich um maximal 6 % ab. Im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ bzw. ‚Reife‘ waren die Unterschiede wieder deutlicher ausgeprägt. Für die Kinder und jugendlichen Patienten dominierte die Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘, während für die erwachsenen Patienten ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Vordergrund stand. Gründe dafür wurden bereits erläutert. Über alle drei Zielbereiche hinweg betrachtet waren vor allem die häufigeren Formulierungen in ‚Körperliche Symptomatik‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ bei den Kindern und ju-

gendlichen Patienten auffällig. Schwierigkeiten in dieser Kategorie waren bei Kindern und Jugendlichen relativ weit gestreut und entsprechend häufig.

Für Kinder und jugendliche Patienten mit der Diagnose *Somatoforme Störung* stellte ‚Körperliche Symptomatik‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ erwartungsgemäß die mit Abstand am häufigsten formulierte Kategorie (85,7 %) dar. Im Zielbereich ‚Verhalten‘ war aufgrund der eher niedrigen Fallzahl eine eher gleichmäßige Verteilung zu finden. Schwerpunkte wurden jedoch in den Kategorien ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ und ‚Intrapersonaler Bereich‘ gesetzt. Bei den Patienten steht das wiederholte Einfordern von apparativen Untersuchungen im Mittelpunkt der Symptomatik. Bleiben die erwarteten Belege eines körperlichen Korrelats der Beschwerden aus, so erfolgt nach einer unterschiedlich langen Latenzzeit eine erneute Konsultation. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Aufmerksamkeitsfokus weg von der vermeintlichen somatischen Erkrankung zu lenken. Dabei muss gleichzeitig das Verständnis für die Ursachen der körperlich wahrgenommenen Beschwerden geschaffen werden. Durch die lange Krankheitsgeschichte mit vielen Arztkontakten und letztendlich unnötigen Untersuchungen ist, durch die Einengung des Erlebens, auch die Kommunikation zu den Bezugspersonen gestört (Vgl. Morschitzky, 2007). Im Bereich ‚Reife‘ dominierte eindeutig die Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘, was sich jedoch in der Betrachtung aller drei Zielbereiche nicht wiederfand. Hier lag der Fokus auf der ‚Körperlichen Symptomatik‘. Das vollständige Ergebnis zeigt Abbildung 38.

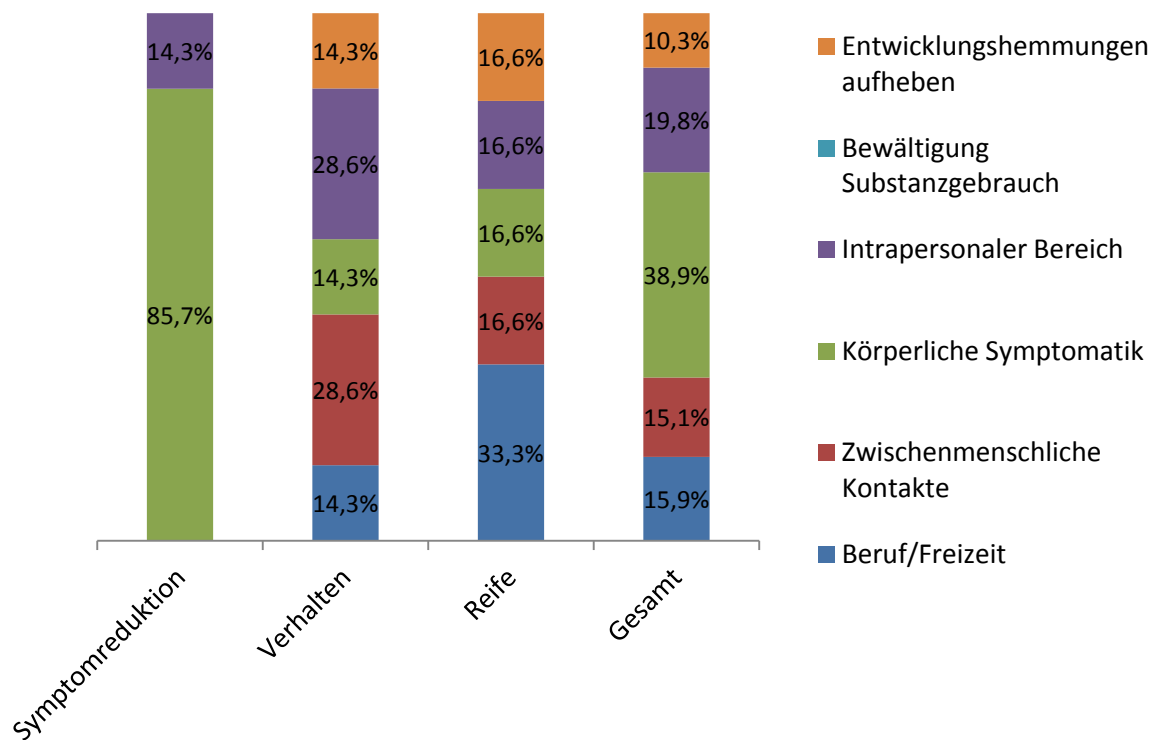


Abb. 38 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Somatoforme Störung* der Kinder und jugendlichen Patienten

Im Vergleich zu den erwachsenen Patienten mit der gleichen Diagnose bestätigte sich ein hoher Anteil der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ im Bereich ‚Symptomreduktion‘. Im Bereich ‚Verhalten‘ hingegen unterschieden sich die Anteile, welche die einzelnen Kategorien an der Verteilung haben, erheblich. Wurde bei den erwachsenen Patienten fast ausschließlich in ‚Intrapersonaler Bereich‘ formuliert, so war die Verteilung bei den Kindern und jugendlichen Patienten deutlich homogener. Auch in den Bereichen ‚Selbstregulation‘ bzw. ‚Reife‘ war ein vergleichbarer Effekt beobachtbar. Statt der eindeutigen Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ bei den erwachsenen Patienten zeigte sich eine Streuung über fast alle Kategorien bei den Kindern und jugendlichen Patienten. In der Gesamtverteilung über alle drei Kategorien werden die Unterschiede in der Verteilung noch deutlicher. Bei den Kindern und jugendlichen Patienten gewannen die ersten drei Kategorien deutlich an Bedeutung. Der Fokus verschob sich von ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ bei den erwachsenen Patienten hin zu ‚Körperliche Symptomatik‘ bei den Kindern und jugendlichen Patienten.

Die Ergebnisse für die beiden Patientensubgruppen unterschieden sich erheblich voneinander. Die Fallzahlen waren jedoch für keine Gruppe größer als zehn und schränken so die Interpretierbarkeit stark ein. Dennoch ließ die Verteilung über alle drei Zielbereiche verschiedene Tendenzen bei den Therapiezielformulierungen erkennen. Grund hierfür könnten die eingeschränkten Möglichkeiten sein, die Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, Ärzte zu konsultieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass Eltern häufige Arztbesuche wegen wechselnder Beschwerden begrenzen. Formulierungen in den Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ hatten vor allem die Angabe von wechselnden Bauchschmerzen im Zusammenhang mit Schulbesuchen zum Thema.

Im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ lag der Anteil von Formulierungen bei den Kindern und jugendlichen Patienten mit der Diagnose *Essstörung* überraschenderweise bei nur 50 %. Mehr als ein Drittel der Formulierungen lag in der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘. Auch im Bereich ‚Verhalten‘ formulierte ein Drittel der Patienten in dieser Kategorie. Ebenso häufig wurde ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ gewählt. Wurden die neuen Verhaltensmuster, welche im Rahmen einer Therapie erarbeitet worden waren, von den Bezugspersonen nicht hingenommen, so wurde hier häufig verbalaggressives Verhalten seitens der Kinder und Jugendlichen in den Zielkriterien beschrieben. Das Taxonomiesystem sieht eine Einordnung von aggressivem Verhalten in ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ vor. Im Bereich ‚Reife‘ betrug der Anteil von ‚Intrapersonaler Bereich‘ gar zwei Drittel. Die übrigen Therapieziele in diesem Bereich wurden ‚Zwischenmenschlichen Kontakten‘ zugeordnet. In der Verteilung über alle drei Bereiche wurden die Schwerpunkte ‚Intrapersonaler Bereich‘ (44,3 %) und ‚Körperliche Symptomatik‘ (22,2 %) deutlich. Bei Patienten mit *Essstörungen* wurde die sich entwickelnde Problematik beim Versuch des Verheimlichens der alterierten Essgewohnheiten bereits erwähnt. Eine häufige Formulierung in ‚Intrapersonaler Bereich‘ war somit schlüssig.

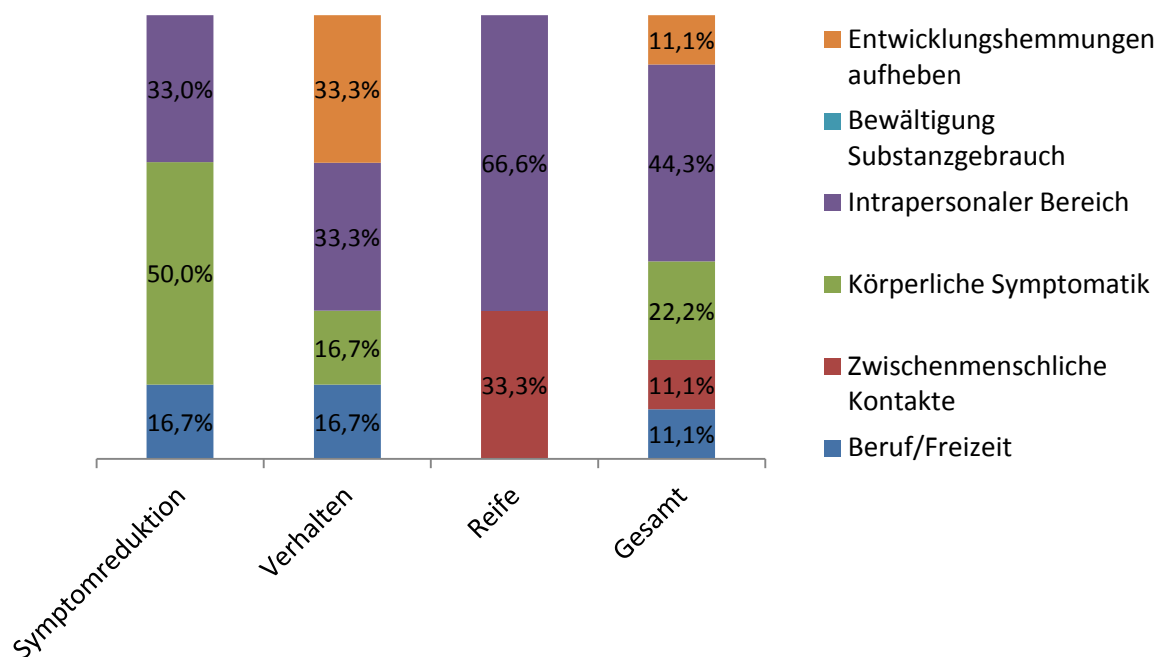


Abb. 39 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Essstörungen* der Kinder und jugendlichen Patienten

Während bei den erwachsenen Patienten der Anteil der Formulierungen in ‚Körperliche Symptomatik‘ im Bereich ‚Symptomreduktion‘ erwartungsgemäß hoch war, war die Bedeutung der Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ bei den Kindern und jugendlichen Patienten überraschend groß. Auch im Bereich ‚Verhalten‘ lag der Fokus nicht auf Kommunikation und somatischen Beschwerden, sondern auf den Kategorien ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Noch deutlicher war dies im Bereich ‚Reife‘, wo nur in den Kategorien ‚Intrapersonaler Bereich‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ formuliert wurde. Im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ der erwachsenen Patienten dominierte hingegen die Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. War bei der Betrachtung aller drei Zielbereiche bei den erwachsenen Patienten eine Schwerpunktsetzung bei der ‚Körperlichen Symptomatik‘ nachweisbar, so verschob sich diese bei den Kindern und jugendlichen Patienten auf den ‚Intrapersonalen Bereich‘. Auch bei dieser Diagnosegruppe waren die Fallzahlen eher gering und die Vergleichbarkeit so nur bedingt gegeben.

Kinder und jugendliche Patienten mit der Diagnose *Hyperkinetische Störung* formulierten im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ zu einem Drittel in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘. In den Bereichen ‚Verhalten‘ und ‚Reife‘ nahm die Bedeutung von ‚Be-

ruf/Freizeit‘ und von ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ jeweils zu. Dies wird auch in der Betrachtung aller drei Zielkategorien ersichtlich, wo jeweils über 30 % der Therapieziele diesen beiden Kategorien zugeordnet wurden. Das vollständige Ergebnis zeigt Abbildung 40. Die Erkrankung und die mit ihr einhergehenden Beeinträchtigungen sind ihrem Wesen nach dafür verantwortlich, dass schulische Leistungen hinter den individuellen Möglichkeiten zurückbleiben. Konzentrationsprobleme und sozial unangepasstes Verhalten verstärken die Effekte der häufig vorhandenen kognitiven Beeinträchtigung. Im Rahmen der Erkrankung kann es zu sekundären psychischen Komplikationen kommen. Da die Ursachen ungeklärt sind und eine kurative Therapie bislang nicht zur Verfügung steht, muss im Rahmen eines therapeutischen Geschehens die Fähigkeit zum Umgang mit der Erkrankung geschaffen und verstärkt werden.

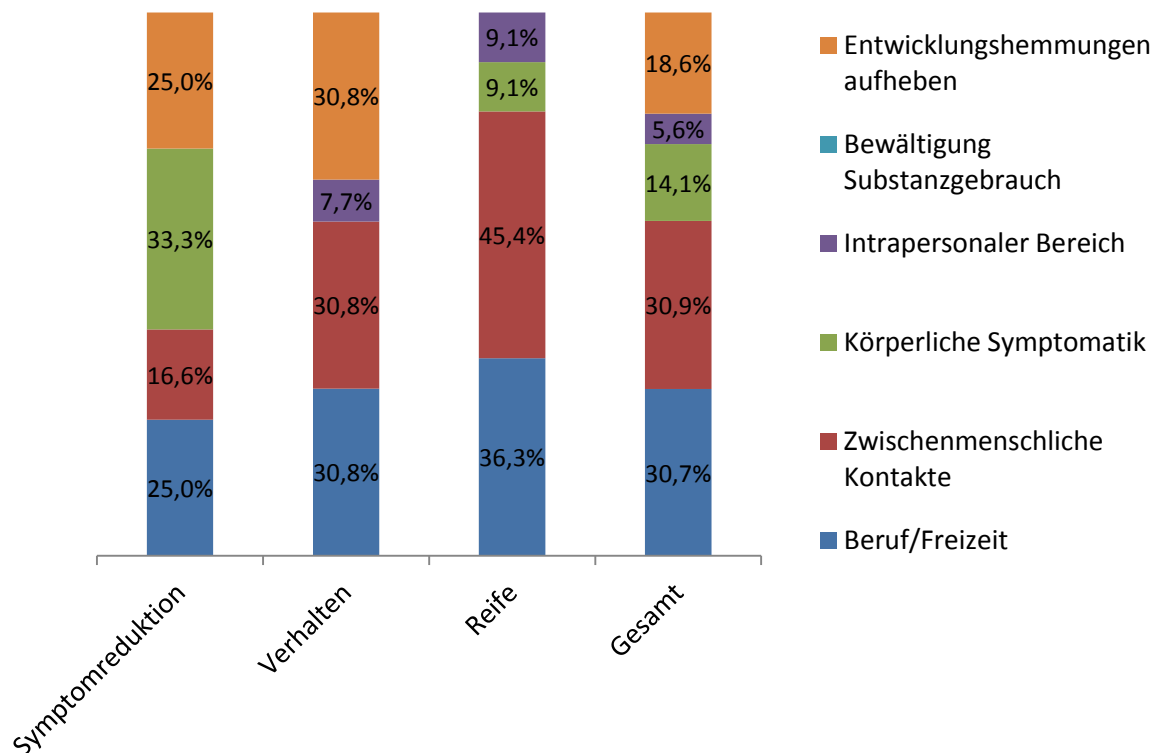


Abb. 40 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Hyperkinetische Störungen* der Kinder und jugendlichen Patienten

Für Kinder und jugendliche Patienten mit den Diagnosen *Störung des Sozialverhaltens* und *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* wurde die Verteilung in Abbildungen 41 und 42 dargestellt. Im Bereich ‚Symptomreduktion‘ wurden in beiden Diag-

nosegruppen die Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ schwerpunktmäßig thematisiert. Für Patienten mit der Diagnose *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* kam jedoch ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (37,0 %) eine deutlich größere Bedeutung zu. Im Bereich ‚Verhalten‘ entfiel für Patienten mit einer *Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* ein Teil der Formulierungen auf ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ (28 %), welcher bei Patienten mit *Störung des Sozialverhaltens* ebenfalls in die dominierende Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (70 %) fiel. Übereinstimmend für beide Diagnosegruppen entfielen im Zielbereich ‚Reife‘ auf die ersten beiden Kategorien mehr als die Hälfte aller Formulierungen. Während für Patienten mit einer *Störung des Sozialverhaltens* der ‚Intrapersonale Bereich‘ (31,5 %) hinzukam, spielte für Patienten mit einer *Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* vor allem ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ (25,9 %) eine Rolle. Wird hingegen die Verteilung über alle drei Zielbereiche hinweg betrachtet, so wird deutlich, dass die Verteilungen der Kategorien für beide Diagnosegruppen im Wesentlichen übereinstimmen. Dabei war es schwierig, eine dominierende Kategorie zu bestimmen, jedoch liegen die Schwerpunkte auf den Kategorien ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘. Die typischen Symptome der Störungen sind in ihrer Art geeignet, die Kommunikation massiv zu stören. Häufige Formulierungen auf diesem Gebiet waren also zu erwarten. Beiden Störungsbildern ist gemeinsam, dass eine Beeinträchtigung im alltäglichen Verhalten vorliegt. Bei der *Kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* steht aggressives und antisoziales Verhalten im Vordergrund. Es liegen depressive bzw. ängstliche Komponenten oder andere emotionale Störungen vor. Im entwickelten Klassifikationssystem ist vorgesehen, dass diese Problemfelder in der Kategorie ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ verschlüsselt werden.

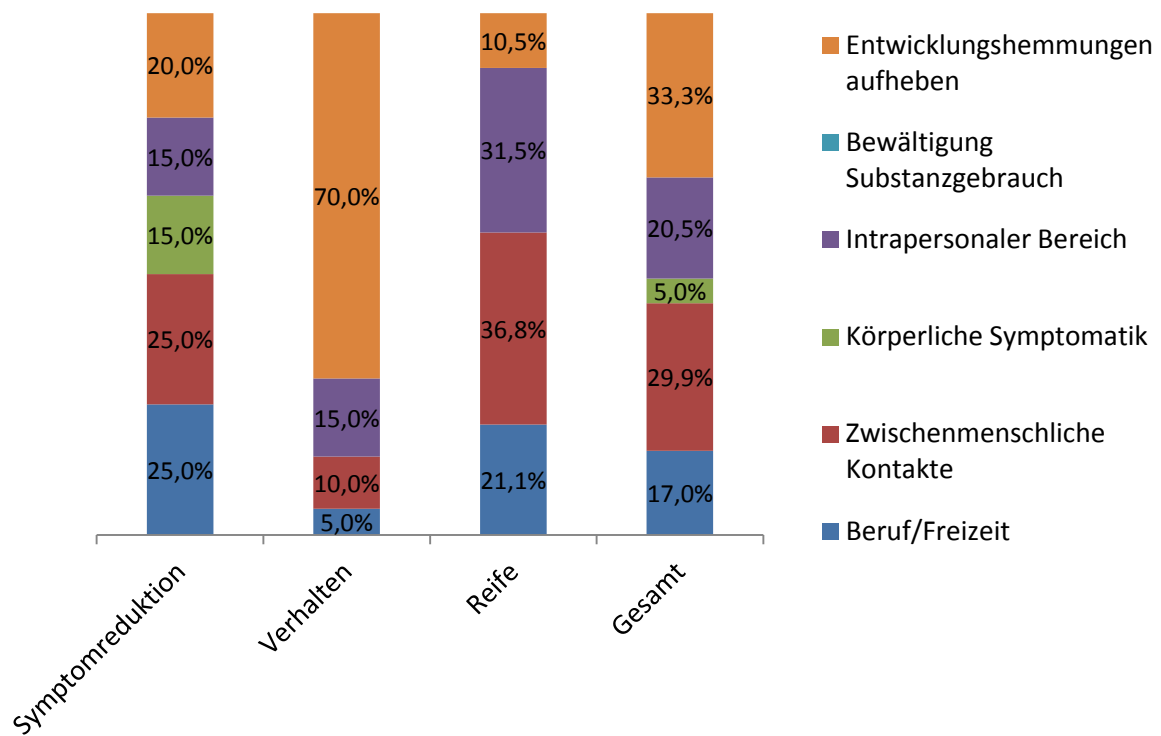


Abb. 41 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Störung des Sozialverhaltens* der Kinder und jugendlichen Patienten

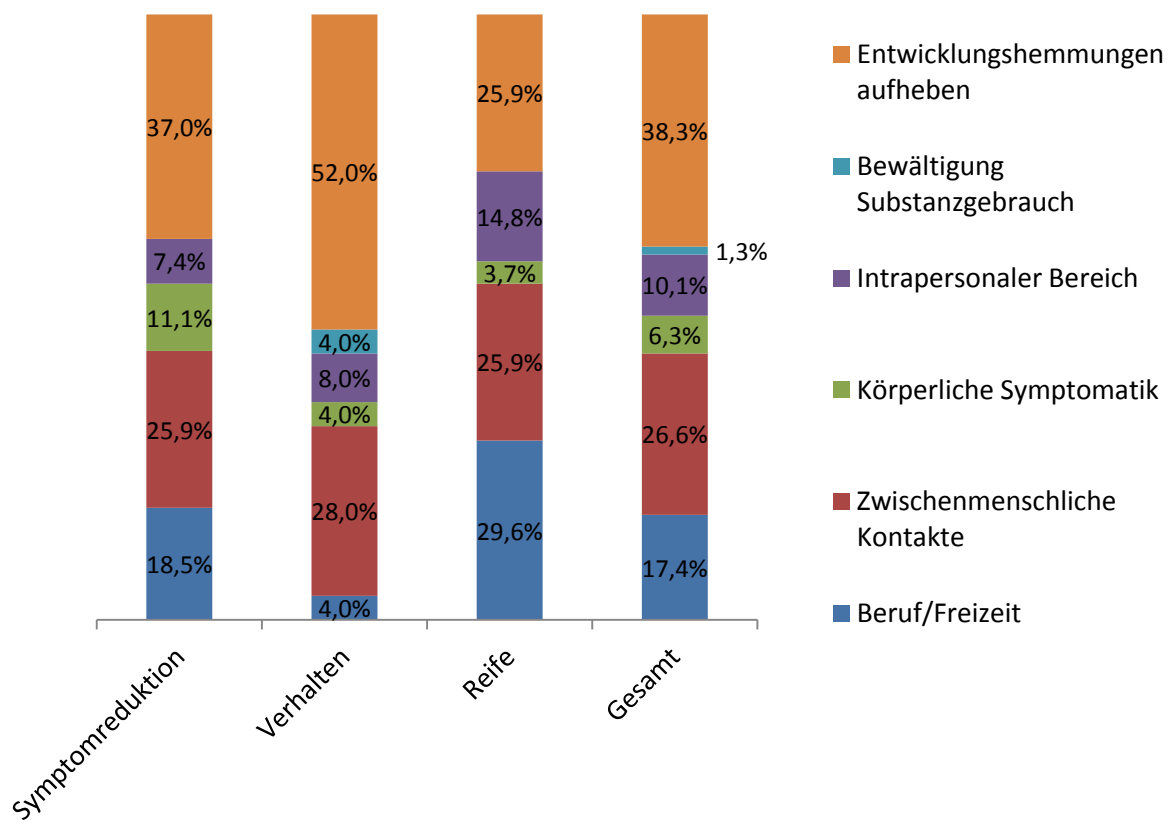


Abb. 42 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* der Kinder und jugendlichen Patienten

Im Datensatz stellten Patienten mit der Diagnose *Emotionale Störung des Kindesalters* die zweitgrößte Gruppe der Kinder und jugendlichen Patienten dar. In den Zielbereichen ‚Symptomreduktion‘ und ‚Verhalten‘ war ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ die dominierende Kategorie. Patienten mit einer *Emotionalen Störung des Kindesalters* durchlaufen normale Entwicklungsphasen auf eine intensivierte Art und Weise. Altersentsprechende Schwierigkeiten treten über das normale Maß hinaus auf oder dauern länger an als üblich. Aufgabe des Therapeuten ist hier zu helfen, den Entwicklungsabschnitt abzuschließen bzw. das über exprimierte Verhalten zu regulieren. Im Bereich der ‚Symptomreduktion‘ wurde dies durch den Wunsch nach Besserung somatischer Beschwerden ergänzt. Die Bedeutung von ‚Zwischenmenschlichen Kontakten‘ nahm über die drei Kategorien hinweg immer weiter zu, bis im Bereich ‚Reife‘ 40 % der Therapieziele hier einzuordnen waren. Den Zielformulierungen und deren Kriterien war zu entnehmen, dass häufig ein Kindergarten- bzw. Schulbesuch nicht möglich war. Begründet war dies überraschend oft durch vor allem verbalaggressives Verhalten und das absichtliche Nichtbeachten von Regeln und Vorschriften. Teilweise dadurch begründet wurde die Kommunikation innerhalb der Ursprungsfamilie wiederholt als eingeengt und erschwert beschrieben. In der Betrachtung über alle drei Zielbereiche hinweg waren so auch ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ die häufigsten Kategorien.

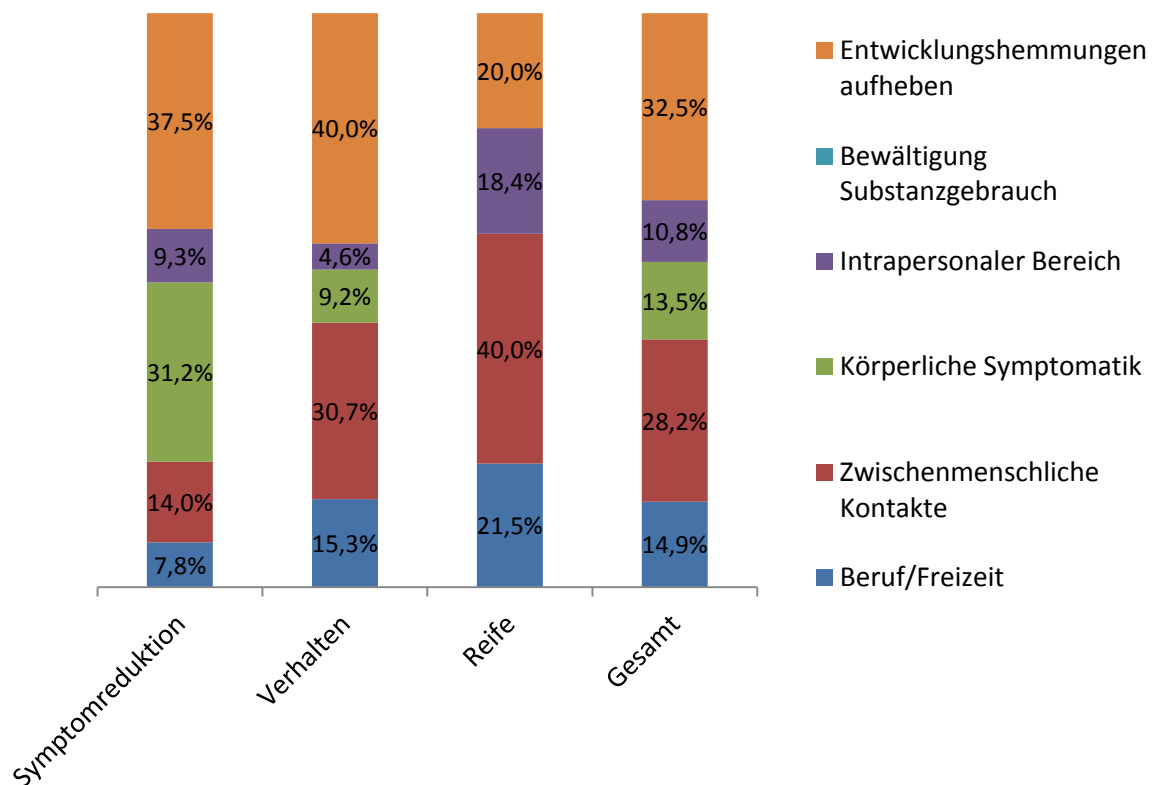


Abb. 43 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Emotionale Störung des Kindesalters* der Kinder und jugendlichen Patienten

Die Fallzahlen für die Diagnose *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* für die Kinder und jugendlichen Patienten waren eher gering. Nichtsdestotrotz konnte im Bereich ‚Symptomreduktion‘ eine deutliche Tendenz zugunsten der ‚Körperlichen Symptomatik‘ erkannt werden. Dennoch konnte auch hier den formulierten Kriterien der Therapieziele ein gewisser Anteil an aggressivem Verhalten entnommen werden. Dieser war für die Formulierungen in ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ verantwortlich. In den Zielbereichen ‚Verhalten‘ und ‚Reife‘ hingegen lag der Schwerpunkt der Formulierungen auf den ‚Zwischenmenschlichen Kontakten‘ und dem ‚Intrapersonalen Bereich‘. Die Diagnose beschreibt gut abgrenzbare Syndrome und Symptomkomplexe. Im Rahmen der Therapie stand häufig die Schaffung von persönlichen Ressourcen im Vordergrund. Die Bedeutung mitunter unspezifischer Einschränkungen in der Kontaktaufnahme zu anderen wurde bereits an anderer Stelle erwähnt. In der Betrachtung über alle drei Zielbereiche hinweg war so ‚Intrapersonaler Bereich‘ die am häufigsten

formulierte Kategorie, gefolgt von ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘. Insgesamt war es jedoch nicht möglich, eine eindeutig dominierende Kategorie zu bestimmen.

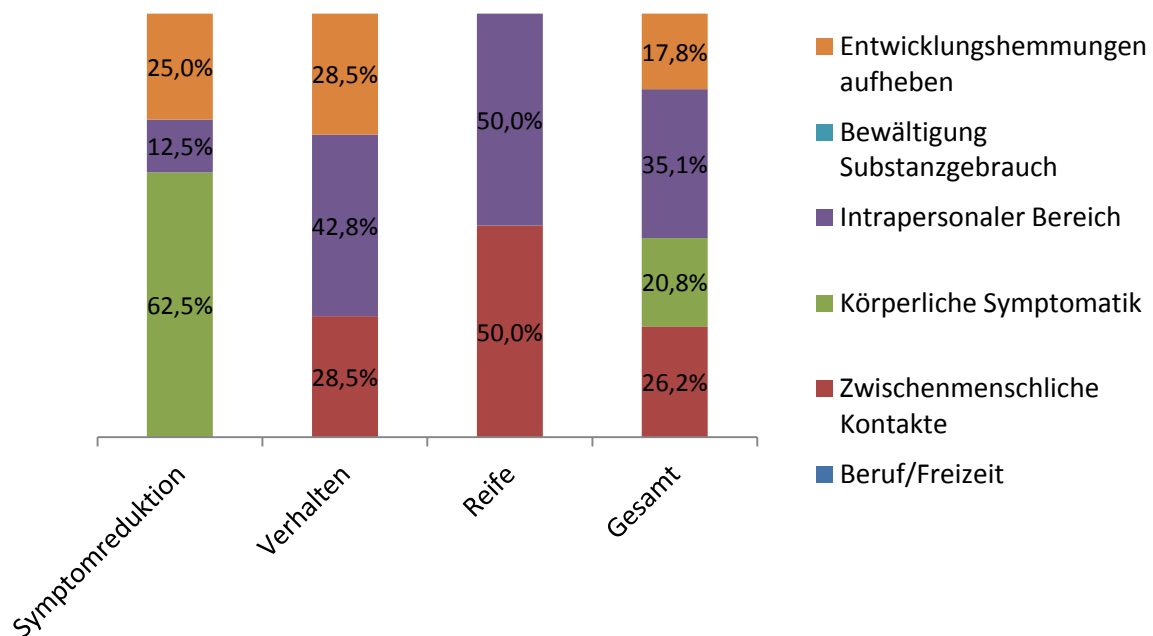


Abb. 44 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* der Kinder und jugendlichen Patienten

Werden die Limitierungen der Arbeit betrachtet, so muss erwähnt werden, dass die Diagnosen in den ICD-Hauptgruppen zusammengefasst und entsprechend ausgewertet wurden. Dieses Vorgehen wurde im Bewusstsein der Tatsache gewählt, dass die Möglichkeit bestand, nicht sinnverwandte Diagnosen zusammen der Auswertung zuzuführen. In Anbetracht der Fallzahlen erschien die gewählte Methode jedoch dennoch als die sinnvollere Alternative. Berking et al. (2004) erachteten es als vertretbar, die Diagnosen *Bipolare Störungen* und *Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung* zu *Depression* und *Zwangsstörungen* und *Posttraumatische Belastungsstörungen* zu *Angst* zusammenzufassen. Die Betrachtung je nach ICD-Hauptgruppe erscheint im Vergleich angemessen, muss jedoch als mögliche Fehlerquelle bedacht werden.

Es lässt sich feststellen, dass es, in Übereinstimmung mit der Literatur, bei einigen Diagnosen spezifische Häufungen von Zielkategorien gab, bei anderen jedoch nicht. Bei eingeschränkter Beurteilbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Taxonomiesysteme wurden die

Ergebnisse dieser Arbeit im Wesentlichen von der Literatur bestätigt. Dabei unterscheiden sich die Zielformulierungen für die einzelnen Diagnosen signifikant voneinander.

Der Grad des Einflusses der Diagnose und der Art der Weiterbildung auf die Therapiezielformulierung bei den erwachsenen Patienten

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit (2012) lag nur eine Arbeit vor, welche den Grad des Einflusses der Diagnosen auf die Therapiezielformulierungen untersuchte (Vgl. Dirmaier, 2005). Eine Untersuchung hinsichtlich der Art der Weiterbildung des Therapeuten (*Psychologischer Psychotherapeut, Arzt*) erfolgte bisher nicht. In der vorliegenden Arbeit sollte der Grad des Einflusses der genannten Variablen bestimmt werden.

Die Methode der logistischen Regression wurde genutzt, um multivariate Modellierungen abhängiger Variablen durchzuführen. Der Verteilung der Merkmale wird sich durch eine Gleichung angenähert. So wurde eine Aussage über den Grad des Einflusses dieser Merkmale möglich. Die Zahl der auf ihren Einfluss untersuchbaren Variablen wurde indirekt durch die Fallzahl eingeschränkt (Vgl. 6.3.4 *Statistische Methoden* in dieser Arbeit). Auch Dirmaier (2005) entschied sich in seiner Untersuchung für die Anwendung der logistischen Regression.

Um den Anteil der Varianz in dieser Arbeit zu beurteilen, der durch das Modell erklärt werden kann, wurde Nagelkerkes r^2 , also das korrigierte r^2 genutzt. Gegenüber r^2 liegt der Vorteil darin, dass die Anzahl der Variablen im Modell berücksichtigt wird. So kann der Wert für das korrigierte r^2 nicht steigen, wenn eine neu hinzugenommene Variable nicht zur Erklärung der Varianz beiträgt. Es wird entsprechend verhindert, dass durch ein zu großes Modell ein fälschlich hoher Anteil der Varianz erklärt wird. Der Hosmer-Lemeshow-Test überprüft anschließend, ob die beobachteten Ergebnisse mit den erwarteten Ergebnissen aus maximal zehn Subgruppen der Modellpopulation übereinstimmen. Ist der Grad der Übereinstimmung zwischen erwarteten und beobachteten Werten hoch, so kann von einem gut kalibrierten Modell ausgegangen werden. Anschließend wird nach einer Bestätigung der Nullhypothese gesucht, also keiner Signifikanz. Bei Werten über 0,05 wird die Nullhypothese abgelehnt und es kann davon ausgegangen werden, dass signifikante Variablen im Modell vorhanden sind.

Wie aus Abbildung 45 ersichtlich ist, erhöhten die Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* die Wahrscheinlichkeit, ein Therapieziel in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ zu formulieren, um den Faktor 10,38 ($p < 0,01$; 95 %-KI = 3,27–32,96) bzw. 9,32 ($p < 0,01$; 95 %-KI = 2,92–29,71). Die Wahrscheinlichkeit für eine Formulierung in ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Zielbereich ‚Selbstregulation‘ reduzierte sich für beide Diagnosegruppen auf signifikantem Niveau; die klinische Relevanz dieses Einflusses war jedoch gering.

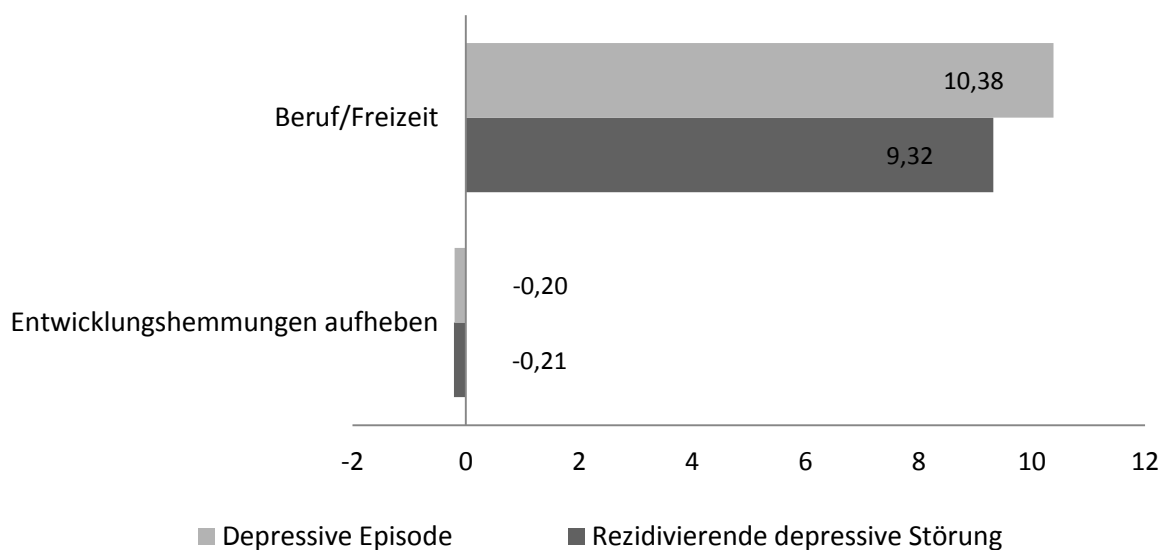


Abb. 45 Odds Ratios der Zielkategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Zielbereich Symptomreduktion bzw. Selbstregulation (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)

Für Patienten mit der Diagnosegruppe *Depressive Störung* konnte Dirmaier (2005) für sieben von 16 untersuchten unabhängigen Variablen einen signifikanten Einfluss der Diagnose feststellen. Dabei erhöhte die Diagnosegruppe *Depressive Störung* die Wahrscheinlichkeit, ein Ziel in der Kategorie ‚Symptomreduktion‘ zu formulieren, um den Faktor 19,93 (95 %-KI = 6,52–60,98). Die übrigen Variablen hatten im Vergleich keinen Einfluss.

Sowohl Dirmaier (2005) als auch die vorliegende Arbeit konnten zeigen, dass es im Falle der depressiven Störungen eine Zielkategorie gab, in der von Patienten besonders wahr-

scheinlich ein Therapieziel formuliert wurde. Bei Dirmaier (2005) war dies die Kategorie ‚Symptomreduktion‘, während es sich in der vorliegenden Arbeit um ‚Beruf/Freizeit‘ handelte. Wie bereits beschrieben (Vgl. 4.1.2 *Psychische Störungen* in dieser Arbeit) gehen depressive Störungen unter anderem mit vegetativen Beschwerden einher. Hinzu kommen typischerweise gedrückte Stimmung, Interessenverlust und ein Leistungsknick. Die Stimmung ändert sich nicht entsprechend den Lebensumständen. Bereits bei einer mittelgradigen depressiven Episode haben betroffene Patienten meist große Schwierigkeiten, alltägliche Verrichtungen zu bewältigen. Vor diesem Hintergrund kann den beiden Kategorien ‚Symptomreduktion‘ und ‚Beruf/Freizeit‘ im Falle der depressiven Störungen eine gewisse Analogie zugesprochen werden.

Wie Abbildung 46 zeigt, erhöhte sich in der vorliegenden Arbeit die Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ zu formulieren für Patienten mit einer *Phobischen Störung* um den Faktor 3,79 ($p = 0,03$; 95 %-KI= 1,18–12,17). Für Patienten mit einer *Anderen Angststörung* hingegen reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit, im Zielbereich ‚Verhalten‘ in dieser Kategorie zu formulieren, in geringem Maß.

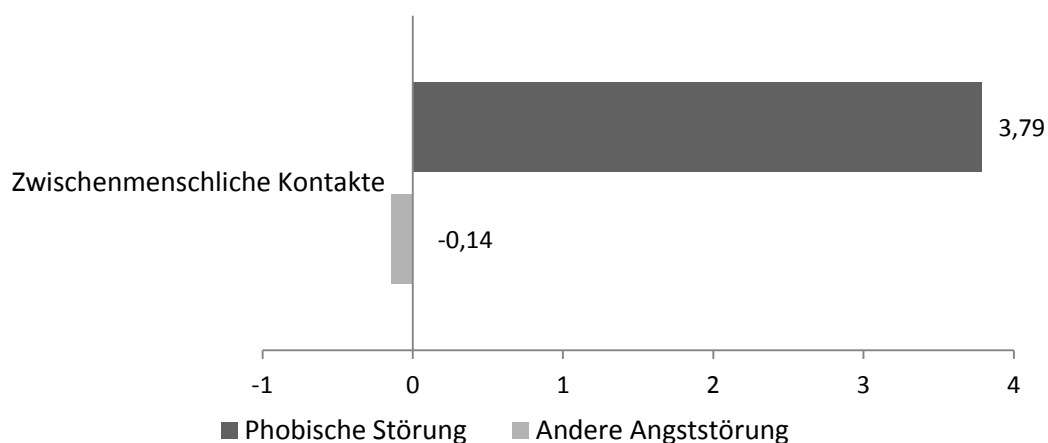


Abb. 46 Odds Ratios der Zielkategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in den Zielbereichen ‚Symptomreduktion‘ bzw. ‚Verhalten‘ (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)

Dirmaier (2005) kam in seiner Analyse zu dem Ergebnis, dass für Patienten mit der Diagnosegruppe *Angststörungen* die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 69,36 (95 %-KI = 16,1–

298,77) steigt, ein Therapieziel in der Kategorie ‚Symptomreduktion‘ zu formulieren. Die Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Soziale Kompetenz‘ zu formulieren hingegen erhöhte sich nicht auf signifikantem Niveau.

Es wird deutlich, dass auch bei der Diagnose *Phobische Störung* eine Kategorie existierte, in der die Formulierung eines Therapieziels wahrscheinlicher ist. Bei Dirmaier (2005) war dies erneut die Kategorie ‚Symptomreduktion‘, während in der vorliegenden Arbeit die Wahrscheinlichkeit, in ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ zu formulieren, betroffen war. Dies überrascht, da der Anteil von ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ an der Gesamtverteilung der Therapieziele für Patienten mit diesen Diagnosen eher gering ist. Erklärt wird das Ergebnis dadurch, dass die logistische Regression den Grad des Einflusses auf die Therapiezielformulierung überprüfte. Dabei erfolgte die Abgrenzung zur Referenzkategorie *Sonstige [Diagnosen]*. Zwar waren für Patienten mit Angststörungen vor allem angstspezifische und körperliche Symptomatik relevant, im Vergleich zur Referenzkategorie war aber der Unterschied in der Kategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ mathematisch auffallend. Bei einer anderen Zusammensetzung der Referenzkategorie wären die Wahrscheinlichkeiten anders verteilt.

Interessant ist der gegenläufige Einfluss der Diagnosegruppe ‚Andere Angststörungen‘. Die Diagnosen können als inhaltlich verwandt betrachtet werden. Patienten mit dieser Diagnose hatten jedoch eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, in ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ zu formulieren. Auch in der Gesamtverteilung über alle drei Zielbereiche war der Anteil dieser Kategorie für Patienten mit einer *Anderen Angststörung* deutlich geringer. Erklärt werden kann dies zum einen durch die störungsspezifischen Symptomatiken: Während bei *Phobien* die Reaktionen an klar begrenzte Situationen geknüpft sind, treten die Beschwerden bei *anderen Angststörungen* ohne bestimmte situative Bindung auf. Im ersten Fall werden die betreffenden Situationen typischerweise vermieden, was naturgemäß zu einer Einschränkung von Kontaktmöglichkeiten führen muss. Des Weiteren sollte bedacht werden, dass die Einflüsse in verschiedenen Zielbereichen bestimmt wurden. Die Ergebnisse waren also insoweit übereinstimmend, dass es auch für angstgestörte Patienten eine Kategorie gab, in der die Formulierung wahrscheinlicher war. Die Inhalte der Kategorien sind nur eingeschränkt vergleichbar.

Wie Abbildung 47 zu entnehmen ist, erhöhte die Diagnose *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung* in dieser Arbeit die Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ zu formulieren, um den Faktor 4,33 ($p = 0,02$; 95 %-KI = 1,25–15,05). Für die Kategorie ‚Intrapersonaler Bereich‘ im Zielbereich ‚Verhalten‘ sank die Wahrscheinlichkeit auf signifikantem Niveau. Auch hier war die klinische Relevanz jedoch eher beschränkt.

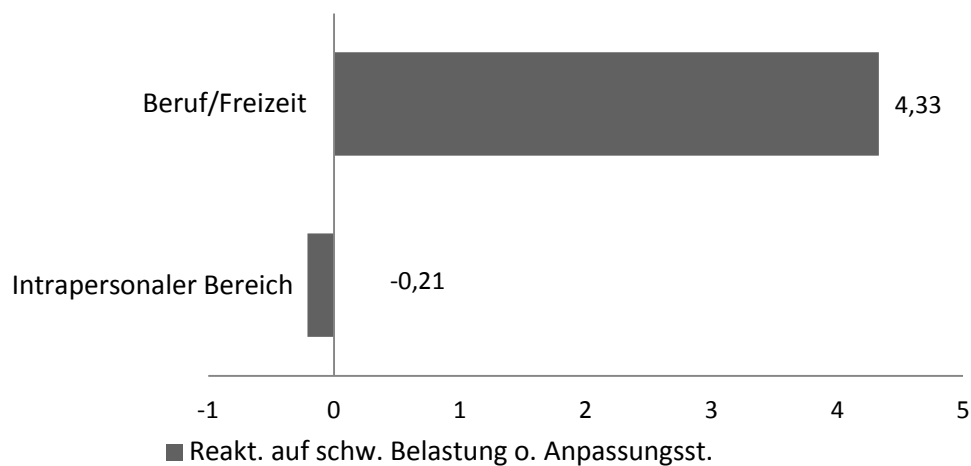


Abb. 47 Odds Ratios der Zielkategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Intrapersonaler Bereich‘ in den Zielbereichen ‚Symptomreduktion‘ bzw. ‚Verhalten‘ (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)

Für Patienten mit einer Diagnose in der Diagnosegruppe *Anpassungs- und Belastungsstörung* konnte Dirmaier (2005) keine eindeutige Kategorie feststellen. Vielmehr waren die Wahrscheinlichkeiten, in einer bestimmten Kategorie zu formulieren, für fast alle relevanten Kategorien ähnlich verteilt. Dabei betrugen die größten festgestellten Odds Ratios 4,87 (95 %-KI = 1,43–16,62) für die Kategorie ‚Biografie‘ und 4,76 (95 %-KI= 1,77–12,77) für die Kategorie ‚Stressbewältigung‘.

Das Ergebnis von Dirmaier (2005) konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Die Taxonomiesysteme sind zwar schwer zu vergleichen, dennoch fand sich in der Untersuchung eine eindeutig erhöhte Wahrscheinlichkeit, in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ zu formulieren. Die Therapiezielformulierung in anderen Kategorien wurde nicht beeinflusst. Auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass die Angaben sich auf die Referenzkategorie *Sonstige* beziehen.

renzkategorie *Sonstige [Diagnosen]* beziehen. Die bei Dirmailer et al. (2005) eher große Fallzahl ($n = 1905$) kann zu einer anderen Verteilung der Zielkategorien in der Referenzkategorie geführt haben.

In der vorliegenden Arbeit konnte ein Einfluss der ICD-Diagnose auf die Therapiezielformulierung in vier der sechs untersuchten Kategorien bestätigt werden. Dabei war der Einfluss auf die Kategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ klinisch relevant. Ein Einfluss der Weiterbildungsart des Therapeuten konnte nicht gezeigt werden. Abbildung 48 zeigt die gefundenen klinisch relevanten Zusammenhänge in der Übersicht.

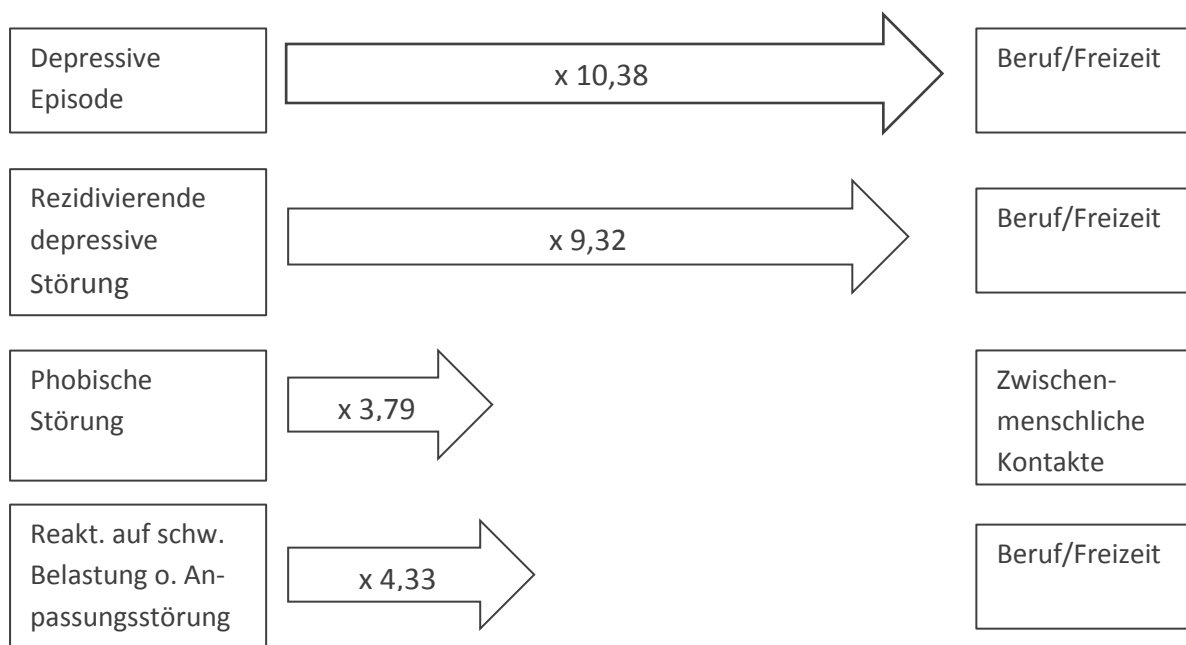


Abb. 48 Grad des Einflusses der vier Diagnosegruppen mit klinisch relevantem Einfluss auf die Therapiezielformulierung

In Übereinstimmung mit der einzigen veröffentlichten Arbeit, welche den Grad des Einflusses der Diagnosen auf die Therapiezielformulierung untersucht (Vgl. Dirmailer, 2005), konnte in den hier durchgeführten Untersuchungen festgestellt werden, dass bei einzelnen Diagnosen ein eindeutiger Einfluss auf die Therapiezielformulierung zu erkennen ist.

Der Median des Anteils der erklärbaren Varianz im Modell lag in den Untersuchungen mit signifikanten Ergebnissen bei 11,4 % (SD = 4,5 %). Der höchste Wert lag hier bei 19,5 % für den Einfluss der depressiven Diagnosen auf die Formulierung in der Kategorie ‚Beruf/Freizeit‘ im Zielbereich ‚Verhalten‘. Dirmaier (2005) konnten für 13 der 21 untersuchten abhängigen Variablen eine Beeinflussung durch eine der fünf ausgewerteten Diagnosen feststellen. Unter den signifikant beeinflussten Kategorien waren die meisten klinisch nicht relevant. Ein relevanter Einfluss ($OR > 1$) auf sieben Kategorien wurde festgestellt. Therapiezielformulierungen in zwei weiteren Kategorien wurden durch die hier nicht untersuchte Diagnose *Essstörungen* beeinflusst. Dirmaier (2005) konnte für die Diagnosen ein korrigiertes r^2 von 0,29 bestimmen.

Der größere Anteil an der erklärten Varianz kann zum einen auf den größeren Stichprobenumfang zurückgeführt werden. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor war vermutlich die größere Variabilität hinsichtlich der Symptomatiken der untersuchten Diagnosen. In der vorliegenden Arbeit wurden zwei Formen von depressiven Störungen, zwei Formen von Angststörungen und die Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen untersucht. Um für eine Analyse ausreichend hohe Fallzahlen sicherzustellen, wurden die somatoformen und Essstörungen mit den restlichen Diagnosen zusammengefasst.

Jedoch auch Dirmaier kam zu dem Schluss: „Der trotzdem noch beträchtliche Anteil an nicht aufgeklärter Varianz legt die Vermutung nahe, dass therapeutische Zielsetzungen und Diagnosen nur begrenzt assoziiert sind und weitere relevante Variablen, die wichtige Varianzquellen darstellen, nicht in dem Modell berücksichtigt werden.“ (Dirmaier, 2005, S. 155). Bereits Kleiber (1981) behauptete, dass Therapieziele durch Merkmale des Patienten und ethisch-normative bzw. gesellschaftliche Faktoren, sowie letztendlich durch die Therapie selbst beeinflusst werden. Viele der weiterhin infrage kommenden Variablen sind schwer zu erfassen und bergen die Gefahr der Kovarianz.

Der Grad des Einflusses der Diagnose und der Art der Weiterbildung auf die Therapiezielformulierung bei den Kindern und jugendlichen Patienten

Die Analyse über den Grad des Einflusses der genannten Variablen auf die Therapiezielformulierung war nicht möglich. Die Diagnosen waren im Datensatz sehr breit gestreut und wiesen überwiegend geringe Fallzahlen auf. Durch die Bedingungen, welche die logistische Regression an die Fallzahl und die Zahl der untersuchten Variablen stellt, war hier

keine sinnvolle Analyse durchführbar. Um dies in zukünftigen Arbeiten zu vermeiden, sollte zusätzlich zu der bereits vorgeschlagenen Zusammenfassung der Diagnosen zu wenigen Diagnosegruppen auch eine deutlich höhere Fallzahl angestrebt werden.

Limitierungen

Einschränkend für die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Arbeiten ist das Taxonomiesystem als solches. Die gewählten Kategorien sind zum Teil deutlich breiter angelegt als in anderen Systemen, umfassen aber andererseits nicht alle Begrifflichkeiten anderer Kategorien in anderen Taxonomiesystemen.

Die Benennung der drei Zielbereiche scheint suggestive Auswirkungen auf die Formulierungen zu haben. Besonders problematisch erscheint die Betitelung des Zielbereichs ‚Symptomreduktion‘. Es kann davon ausgegangen werden, dass fast jeder Patient auf eine Linderung seiner Beschwerden hofft. Die Notwendigkeit, hier ein Therapieziel zu formulieren, verstärkt unter Umständen die Fixierung auf die Symptomatik und behindert die Benennung von für den Patienten günstigeren Therapiezielen. Das Vorgehen, eine Formulierung in drei vorformulierten Bereichen zu fordern, sollte überdacht werden. Die wahrgenommenen Vorteile sollten gegen die entstehenden Einschränkungen abgewogen werden.

Die behandelnden Therapeuten waren zu einem großen Teil tiefenpsychologisch orientiert. Von den vorliegenden Arbeiten war nur die von Ruff und Werner (1987) explizit auf die Arbeit von tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten bezogen. Schulte-Bahrenberg (1990) nutzte die Daten von verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten. In den anderen Arbeiten finden sich keine eindeutigen Angaben zur Orientierung der Therapeuten. Auf Arbeiten zur Bedeutung der theoretischen Orientierung auf die Therapiezielformulierung wurde bereits hingewiesen.

Bei den Therapien, welche im Rahmen von Therapeutenausbildungen an der Akademie für Psychotherapie Erfurt durchgeführt und dokumentiert wurden, handelte es sich nicht um die Behandlung durch ausgebildete und erfahrene Therapeuten. Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse stellt dies eine starke Einschränkung dar, denn bis zum jetzigen Zeitpunkt (2012) wurde keine Arbeit veröffentlicht, welche Ausbildungstherapien zur Grundlage hatte.

Nach Hannich (2008) vergehen im bundesweiten Durchschnitt rund zwei Monate bis zu einem Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten. Einen Therapieplatz erhalten die Patienten nach zwei bis drei weiteren Monaten. In Regionen mit niedrigem Versorgungsgrad, wie den neuen Bundesländern, weichen diese Zeiten hin zu sechs Monaten oder gar noch mehr ab. Auch bei den Kindern und jugendlichen Patienten muss mit einer Wartezeit auf einen Therapieplatz von mindestens einem halben Jahr gerechnet werden. Dabei erhalten nur weniger als die Hälfte der anfragenden Patienten überhaupt die Möglichkeit zu probatorischen Sitzungen. Von diesen Patienten erhält wiederum die Hälfte einen ambulanten Therapieplatz. In der Akademie für Psychotherapie besteht für gewöhnlich die Möglichkeit, deutlich schneller eine Therapie zu beginnen. Folge kann eine Patientenselektion sein. Es besteht die Möglichkeit, dass besonders belastete Patienten ein Therapieangebot annehmen, obwohl sich der Therapeut noch in Ausbildung befindet und ein erfahrener Therapeut geeigneter wäre. Andererseits könnten auch Patienten mit nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzten Störungen an dieser Stelle erneut Hilfe suchen.

Im Datensatz der Akademie für Psychotherapie befanden sich zu Beginn der Auswertung 834 Datensätze. Von den im Datensatz vorhandenen Fällen konnte mehr als ein Drittel nicht in die Analysen einbezogen werden, da Dokumentationsfehler vorlagen. Von diesen bezogen sich fast 70 % auf das Fehlen von Therapiezielen. Die durchgeführten Therapien standen so unnötigerweise nicht für Auswertungen zur Verfügung. Ein verbessertes Qualitätsmanagement scheint hier angeraten. Dadurch würde für weitere Arbeiten auch ein größerer Datensatz zur Verfügung stehen, welcher eine bessere Besetzung der Diagnosegruppen und eine größere Ausgewogenheit der Referenzkategorie *Sonstige [Diagnosen]* zur Folge hätte. Auch hierdurch ist eine Selektion der bearbeiteten Daten möglich. Es ist nicht bekannt, warum in den entsprechenden Fällen keine Therapieziele formuliert wurden. Möglich sind besonders „typische“ Ziele, die nach Ansicht des Therapeuten keiner Dokumentation bedurften oder besonders schwierige Symptomatiken, deren Ziele dem Therapeuten auch ohne Dokumentation rememberlich bleiben konnten. Ein *Nichtvereinbaren* von Therapiezielen kann nicht von einem *Nichtdokumentieren* abgegrenzt werden.

Die Patientenziele werden in den ersten Stunden der Therapie vereinbart. Zu diesem Zeitpunkt sind die Vorstellungen der Patienten unter Umständen noch recht unspezifisch. Die Belastung und Einschränkung durch die Erkrankung wird bewusst erlebt und soll Besserung erfahren. Der Patient hat also eher Vermeidungsziele (Vgl. 4.2 Über die Bedeutung

des Therapieziels in dieser Arbeit). In einigen Arbeiten wurden die Therapieziele am Ende der Therapie retrospektiv erfasst oder im Verlauf immer wieder korrigiert. Durch den Lernprozess im Rahmen der Therapie ist die Formulierung von hilfreicheren Therapiezielen möglich. Weiter besteht die Möglichkeit, dass der Schwerpunkt der Therapie am Therapieende anders bewertet wird als am Anfang. Vergleicht man verschiedene Untersuchungen zu Therapiezielen, sollte der Zeitpunkt der Erfassung berücksichtigt werden.

Die sicherlich größte Einschränkung bezüglich der Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit ergab sich aus der Art der Erfassung der Therapieziele. Eine Unterteilung in verschiedene Zielbereiche, in denen Therapieziele formuliert werden sollen, ist bis jetzt nur im ‚Vereinfachten Persönlichen Fragebogen‘ (Elliott et al., 1961) angewandt wurden. Wie bereits beschrieben, findet die Methode zu Erfassung individueller Therapieziele kaum Erwähnung in der Literatur. Durch die Benennung des ersten Bereichs in ‚Symptomreduktion‘ bleibt kaum eine Möglichkeit, ein Ziel zu vereinbaren, welches nicht direkt zur Symptomatik passt. Die meisten Patienten werden eher ein körperliches oder ein leistungsbezogenes Symptom angeben. Andere Einschränkungen werden am Beginn der Therapie mitunter gar nicht der Erkrankung zugeordnet, da das Wissen um diese fehlt. Ein Einfluss der Position von ‚Symptomreduktion‘ an erster Stelle der drei Zielbereiche auf die Formulierungen in den anderen Zielbereichen kann nicht ausgeschlossen werden. Die Begrifflichkeit ‚Verhalten‘ war, gemessen an dem hohen Anteil an tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten in der Akademie für Psychotherapie, überraschend. Die Bereiche ‚Selbstregulation‘ und ‚Reife‘ sind am weitesten gefasst betitelt. Die Bezeichnungen lassen viel Raum für Interpretation durch den einzelnen Therapeuten, wecken allerdings gleichzeitig die beschriebenen Assoziationen.

Auch bei dem Grad der Spezifität der Therapieziele gibt es eine große Varianz. Dies lässt einen Vergleich zwar zu, schränkt jedoch die Aussagekraft unnötig ein. Eine zumindest grob einheitliche Gestaltung wäre hier wünschenswert. Die Frage, ob eher Annäherungs- oder Vermeidungsziele formuliert werden sollten, sollte sich vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur (Vgl. Elliott u. Church, 2002) nicht mehr stellen. Hier scheint jedoch in der Akademie für Psychotherapie keine Vereinbarung getroffen worden zu sein. Eine Formulierung von Vermeidungszielen geht einerseits mit einer geringeren subjektiven Verbesserung der Situation einher und war andererseits im Datensatz häufig mit einer

Formulierung verbunden, die mehrere Kategorien zugleich betraf. Hier musste entsprechend auf die formulierten Kriterien der Zielerreichung zurückgegriffen werden.

Eine Beschränkung der Anzahl der Therapieziele ist durchaus üblich (Vgl. Kirsuk u. Sherman, 1968; Ambühl, 1994; Heuft et al., 1995), jedoch sind die in der Akademie für Psychotherapie gewählten drei Ziele eher die untere Grenze der üblichen Einschränkungen. Die Betitelung der Zielbereiche ermöglicht es nicht, nachzuvollziehen, wie mit eventuell vorhandenen Therapiezielen verfahren wurde, die als nicht passend für die Bereiche bewertet wurden.

Ein weiterer möglicher Kritikpunkt der Arbeit liegt darin, dass im Datensatz nur selten feststellbar war, von wem die Therapieziele formuliert worden sind. Möglich sind dabei Formulierungen durch den Patienten selbst, eine Vorgabe durch den Therapeuten oder eine Festlegung in Abstimmung. Für die Analyse wurde von einer Formulierung durch den Therapeuten ausgegangen.

Weiterhin lag das mediane Alter der Erwachsenen in der vorliegenden Arbeit bei 36 Jahren ($SD = 12$), das mediane Alter der Kinder und Jugendlichen bei 11 Jahren ($SD = 4,2$). In einer Untersuchung von 3804 ambulanten Patienten im Rahmen der TRANS-OP-Studie lag das durchschnittliche Alter erwachsener Patienten bei 43,6 Jahren ($SD = 11,6$) (Vgl. Gallas et al., 2010). Der signifikante Altersunterschied könnte Einfluss auf die Formulierungen gehabt haben.

Die Häufigkeit der Diagnosen der erwachsenen Patienten war vergleichbar mit anderen Studien. In der vorliegenden Arbeit waren die häufigsten Diagnosen dieser Subgruppe *Depressive Episode* ($F32 = 21,4\%$), *Rezidivierende depressive Störung* ($F33 = 21\%$) und *Andere Angststörungen* ($F41 = 15,7\%$). In der TRANS-OP-Studie wurden vor allem Störungen nach F3 (*Affektive Störungen* = $47,5\%$) und F4 (*Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen* = $42,2\%$) festgestellt. Bei den Kindern und jugendlichen Patienten waren die häufigsten Diagnosen in der vorliegenden Arbeit *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* ($F43 = 26,9\%$), *Emotionale Störungen des Kindesalters* ($F93 = 22,2\%$) und *Andere Angststörungen* ($F41 = 8,4\%$). Die Reihenfolge der häufigsten Diagnosen in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2004 war: *Störungen des Sozialverhaltens kombiniert mit emotionalen Störungen* gefolgt von *Belastungs- und Anpassungsstörungen* und *Hyperkinetische Störungen* (Vgl. Schulz et al., 2008).

Zusätzlich zu den bereits diskutierten Einschränkungen sollte bei der Interpretation der Ergebnisse der logistischen Regression bedacht werden, dass die Möglichkeit besteht, dass zu viele Variablen in das Modell aufgenommen wurden. Um diese Fehlerquelle möglichst klein zu halten, wurde die Zahl der untersuchten Einflussfaktoren auf die Zahl der Ereignisse abgestimmt und Nagelkerkes r^2 bestimmt.

In Bezug auf die untersuchten Variablen muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass nicht alle relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt wurden. Explorativ wurde der Einfluss der Alterskohorte, des Geschlechts des Patienten und des Therapeuten, des höchsten erreichten Bildungsabschlusses und des Familienstandes des Patienten untersucht. Für einzelne Merkmale ergaben sich Abhängigkeiten von geringer klinischer Relevanz, die jedoch zum großen Teil über den Mechanismus der Kovarianz zu erklären waren. Weitere therapeutenzentrierte Merkmale waren im Datensatz nicht erfasst und standen einer Analyse so nicht zur Verfügung.

Bezüglich des untersuchten Merkmals zur *Art der Weiterbildung* des Therapeuten muss auf die geringe Streuung der Daten hingewiesen werden. Lediglich ein Zehntel der Therapeuten befand sich noch in Ausbildung nach abgeschlossenem Medizinstudium. In allen Analysen in der vorliegenden Arbeit blieb der Einfluss der Weiterbildungsart auf nicht signifikantem Niveau, jedoch lagen die Ergebnisse nur geringfügig über $p = 0,05$, so dass bei einer größeren Stichprobe signifikante Ergebnisse erreicht werden könnten.

Die Verteilungen der Kategorien innerhalb der Referenzkategorie *Sonstige* bei dem untersuchten Merkmal der ICD-Diagnosegruppen war recht ungleichmäßig. Dies kann Einfluss auf den Grad des Einflusses auf die Therapiezielformulierung gehabt haben, der in den Analysen berechnet wurde. Eine gleichmäßige Verteilung über alle Kategorien hinweg wäre wünschenswert gewesen, um besser vergleichbare Aussagen treffen zu können.

9 Schlussfolgerung

Die Forderung nach einer systematischen Erfassung von Therapiezielen besteht schon lange (Kanfer et al., 2000). Nur so kann z. B. das Maß der Zielerreichung verschiedener Ansätze verglichen und optimiert werden. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass die Vergleichbarkeit der verschiedenen Taxonomiesysteme eingeschränkt ist und durch die verschiedenen Merkmale der Therapien, wie das therapeutische Setting oder die theoretische Orientierung der Autoren, noch weiter herabgesetzt wird. Sollen aber die Therapieziele in einem einzigen standardisierten Instrument erfasst werden, so ist zuvor eine standardisierte Dokumentation von Therapiezielen durch die Therapeuten nötig.

Die Angaben im Datensatz der Akademie für Psychotherapie Erfurt haben gezeigt, dass die Art der Erfassung Einfluss auf die Formulierung haben kann. Viele Patienten konnten aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht in die Arbeit aufgenommen werden. Die Anforderungen an Qualitätskontrolle und Dokumentation sollten überdacht werden.

Da die Vertiefungsrichtung Analytische Psychotherapie in der Akademie für Psychotherapie Erfurt erst seit Kurzem angeboten wird, sollten spätere Arbeiten den Einfluss der theoretischen Orientierung der Therapeuten untersuchen. Eine höhere Fallzahl würde zu einer stärkeren Besetzung der Zielkategorien führen und hätte möglicherweise Einfluss auf die Zusammensetzung der Referenzkategorie *Sonstige [Diagnosen]*. Somit könnte der Einfluss der *Weiterbildungsart des Therapeuten* signifikante Bedeutung erlangen.

Die Zielkategorie ‚Bewältigung Substanzgebrauch‘ war in allen drei Zielbereichen sowohl für die Patientensubgruppe der Erwachsenen als auch der Kinder und Jugendlichen fast ohne Bedeutung. Da hier auch in Zukunft nur ein unwesentlicher Anteil der Formulierungen zu erwarten ist, könnte die Kategorie mit einer der fünf übrigen Kategorien zusammengeführt werden.

Um die Zahl der auf ihren Einfluss zu untersuchenden Variablen zu reduzieren, könnten breiter angelegte Diagnosegruppen genutzt werden. So würden die Gruppen *Depressionen* und *Ängste* die häufigsten Diagnosen der Erwachsenen abbilden. Bei den Kindern und jugendlichen Patienten war die Spannweite der Diagnosen besonders groß. Hier müssen auf der Basis höherer Fallzahlen sinnvolle Diagnosegruppen gebildet werden.

Für den Datensatz konnte nicht abschließend geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt die Erfassung erfolgte. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich die Therapieziele über

den Verlauf der Therapie hinweg ändern können, ist dies eine relevante Einschränkung. Interessant wäre in diesem Zusammenhang eine Erfassung der Entwicklung der Therapieziele von Beginn bis Ende der Therapie. Nach einem festgelegten Zeitintervall könnte eine Überprüfung der vereinbarten Therapieziele sinnvoll sein. Sowohl eine mögliche Zielerreichung als auch eine Verschiebung des Fokus auf ein anderes Zielgebiet könnten so erfasst werden.

Da bereits die Ergebnisse der Literatur nicht eindeutig sind, ist eine Einordnung der Ergebnisse schwierig. Es konnte gezeigt werden, dass es Diagnosen gibt, welche diagnose-spezifische Therapieziele nach sich ziehen und solche, für die eher weit angelegte Therapieziele als typisch gelten müssen. So konnte für *Depressionen* und *Essstörungen* festgestellt werden, dass Patienten ein spezifisches Ziel verfolgten und die Verteilung in den restlichen Kategorien eher gleich war. Für Patienten mit einer *Anderen Angststörung* oder einer *Somatoformen Störung* war in den einzelnen Zielbereichen jeweils eine Kategorie dominant. Die Zielformulierungen von Patienten mit einer *Phobischen Störung* hingegen machten die Identifikation einer eindeutigen Zielkategorie schwierig. Noch unfokussierter waren die Ziele für Patienten mit einer *Reaktion auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen*. Handelt der Therapeut im Wissen um diese Ergebnisse, so wird die Therapieplanung deutlich vereinfacht.

Überraschenderweise deckten sich die Ergebnisse der Kinder und jugendlichen Patienten in weiten Teilen mit denen der erwachsenen Patienten. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass Therapieziele in der Kategorie ‚Körperliche Symptomatik‘ insgesamt nicht wesentlich häufiger auftraten. Allerdings unterschieden sich die geäußerten Beschwerden deutlich von denen der erwachsenen Patienten. Bei einer entsprechend großen Fallzahl könnte eine genauere Erfassung, z. B. Schlafstörungen oder Schmerzen, sinnvoll sein.

Wenn diese Gebiete der Formulierungen durch weitere Arbeiten klarer voneinander abgegrenzt werden könnten, so würden sich Vorteile bei der Therapiezielplanung ergeben.

Die von verschiedenen Seiten kommenden Forderungen nach mehr Arbeiten auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung im Allgemeinen und der Therapiezielforschung im Besonderen können vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit nur unterstützt werden. Es werden Arbeiten mit einem breiten Ansatz benötigt, um das Stadium der Grundlagenforschung überwinden zu können.

10 Literaturverzeichnis

1. Achenbach TM. 1991. Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Ambühl H, Orlinsky D, Cierpka M, Buchheim P, Meyerberg J, Willutzki U. 1995. Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. PPM, 45: 109-120.
3. Ambühl H, Strauß B. 1999. Therapieziele - Ein "dunkles Kapitel" der Psychotherapieforschung? In: Ambühl H, Strauß B, Hrsg. Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. 7-14.
4. Ambühl H. 1994. Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). Psychotherapeut, 39: 336-338.
5. Apfel, Riecher-Rössler. 2005. Werden psychisch Kranke zu schnell in Rente „abgeschoben“?. Psychiatrische Praxis, 32: 172-176.
6. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. 1998. Fragebogen für Jugendliche: deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen. Zweite Auflage. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
7. Bahrke U, Arends M, Bandemer-Greulich U, Dreyer B, Röpke H, Fikentscher E. 2003. Zur Verbreitung pathologischen Essverhaltens unter Schülerinnen und Schülern einer Großstadt. Psychother Psych Med, 53(1): 29-34.
8. Becker ES, Türke V, Neurmer S, Soeder U, Krause P, Margraf J. 2000. Incidence and prevalence rates of mental disorders in a community sample of young women: results of the "Dresden Study". In: Manz R, Kirch W, Hrsg. Public Health Research and Practice: Report for the Public Health Research Association Saxony. Regensburg: Roderer. 259-291.
9. Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C. 2004. Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland: Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Erste Auflage. Berlin: Springer Verlag, 7-11.
10. Berking M, Grosse-Holtforth M, Jacobi C, Kröner-Herwig B. 2004. Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch?. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52: 223-236.
11. Bland RC, Orn H, Newman SC. 1988. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand, 77 (Suppl. 338): 24-32.

12. Bortz J, Döring N. 2009. Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarb. Auflage. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
13. Brisch KH. 2009. Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Dritte Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
14. Brophy C J, Norvell NK, Kiluk DJ. 1988. An examination of factor structure and convergent validity of the SCL-90-R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52: 334-340.
15. Brunstein JC, Schultheiss OC, Graessmann R. 1998. Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *J Pers Soc Psychol*, 75: 494–508.
16. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47(8): 736-744.
17. Canino GS, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM. 1987. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 727-735.
18. Carpenter KM, Hittner JB. 1995. Dimensional characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 383-390.
19. Derogatis LR. 1986. SCL-90-R: Self-Report Symptom Inventory. In: Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum (Hrsg.), Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
20. Detweiler-Bedell JB, Friedman MA, Leventhal H, Miller IW, Leventhal EA. 2008. Integrating comorbid depression and chronic physical disease management: identifying and resolving failures in self-regulation. *Clin Psychol Rev*, 28 (8): 1426-46.
21. Dimsdale JE, Klerman G, Shershow JC. 1979. Conflict in treatment goals between patients and staff. *Social Psychiatry*, 14: 1-4.
22. Dimsdale JE. 1975. Goals of therapy psychiatric units. *Social Psychiatry*, 10: 1-7.
23. Dirmaier J, Koch U, Kowski S, Schulz H. 2002. Therapieziele als Qualitätsmanagement - Instrumentarium in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96: 25-30.
24. Dirmaier J. 2005. Profil Psychotherapeutischer Zielsetzungen - Konstruktion und psychometrische Überprüfung eines Instruments zur therapeutenseitigen Messung von Therapiezielen. Dissertation, Universität Hamburg. Verfügbar unter <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2005/2487/index.html> [09.01.2012]
25. Driessen M, Sommer B, Röstel C, Malchow CP, Rumpf H, Adam B. 2001. Therapieziele in der Psychologischen Medizin – Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51: 239-245.

26. Ebert D, Loew T. 2008. Psychiatrie systematisch. 7. Auflage. Bremen: UNI-MED Verlag AG.
27. Elliott A, Church A. 2002. Client-articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2): 243-254.
28. Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R. 2007. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (4): 800 – 809.
29. Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J. 1998. Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie*, 8: 180-187.
30. Essau CA. 2003. Angst bei Kindern und Jugendlichen. Erste Auflage. Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag.
31. Faller H, Gossler S. 1998. Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 48: 176-186.
32. Faller H, Wagner RF, Weiß H. 2000. Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. *Psychotherapeut*, 5: 108-115.
33. Faller H. 2000. Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50: 202-302.
34. Flender S. 2000. Goal Attainment Scaling in der Outcomemessung psychotherapeutischer Behandlungen. Unveröffentlichte Dissertation. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität.
35. Franke GH. 1995. SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test Verlag.
36. Franke GH. 2002. SCL-90-R: Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Zweite vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz Test Verlag.
37. Gallas C, Puschner B, Kühn A, Kordy H. 2010. Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60: 5 – 13.
38. Garwick G. 1974. An introduction to reliability and the Goal Attainment Scaling Methodology: Program evaluation project report 3. Minneapolis (Minnesota): National Mental Health.

39. Gehrig L. 1977. Psychologische Aspekte der Psychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Zürich. Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal, 2:123-129.
40. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B. 2003. A Four-Year Study of Enhancing Outpatient Psychotherapy in Managed Care. Psychiatry Services, 54: 41-49.
41. Göllner R. 1983. Kategorien psychotherapeutischer Zielsetzungen. Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 33: 94-100.
42. Goodman R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38: 581-586.
43. Grawe K, Caspar F, Ambühl H. 1990. Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19: 292-376
44. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC. 1999. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry, 60: 427–435.
45. Grosse-Holtforth M., Grawe K. 2002. Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. Psychotherapy Research, 12: 79-99.
46. Grosse-Holtforth M. 1999. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS): Konstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung eines Instrumentes zur Erfassung Motivationaler Ziele in Forschung und Praxis. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
47. Grosse-Holtforth M. 2001. Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 34(2): 241-258.
48. Häcker H, Stapf K, Dorsch, Hrsg. 2009. Psychologisches Wörterbuch, 15. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
49. Hannich HJ. 2008. Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, insbesondere in den Neuen Bundesländern [Vortrag]. gehalten anlässlich des Jahresempfanges der OPK am 11. 06. 2008 in Leipzig. Verfügbar über <http://bit.ly/MezLzF> (06.06.2012).
50. Hardt J, Gerbershagen HU, Franke P. 2000. The Symptom Check-List SCL-90-R: Ist use and characteristics in chronic pain patients. European Journal of Pain, 4: 137-148.
51. Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. 2001. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostika, 47 (1): 27-39.

52. Heuft G, Senf W, Hrsg. 1998. Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Erste Auflage. Stuttgart: Thieme.
53. Heuft G, Senf W, Janssen PL, Lamprecht F, Meermann R. 1995. Study of the practicability of qualitative and quantitative documentation of outcome in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45 (9-10): 303-9.
54. Heuft G, Senf W, Wagener R, Pintelon C, Lorenzen J. 1996. Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 44(2): 186-199.
55. Heuft G, Stricker S, Langkafel M, Schneider G, Senf W. 1998. Qualitätssicherung in der Fachpsychotherapie - empirische Befunde und ihre Relevanz. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7: 128-135.
56. Hoffmann N. 2005. Strukturierung des Therapieablaufs. In: Linden M, Hautzinger M, Hrsg. *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Heidelberg: Springer. 56-59.
57. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. 2000. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Zweite überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz Test Verlag.
58. Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. 1993. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 678-685.
59. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. 2004. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage.
60. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. 2000. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Dritte Auflage. Berlin: Springer.
61. Kapfhammer HP. 1998. Psychotherapie und Pharmakotherapie. *Psychotherapeut*, 43 (6): 331-351.
62. Karoly P. 1999. A goal systems-self-regulatory perspective on personality, psychopathology, and change. *Review of General Psychology*, 3: 264-291.
63. Katon W. 1996. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry*, 57 [Suppl 10]: 11-18.
64. Kessler RC, Andrade LH, Bijl RV, Offord DR, Demler OV, Stein DJ. 2002. The effects of comorbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychol Med*, 32: 1213-1225.

65. Kiresuk T J, Lund SH. 1978. Goal Attainment Scaling. In: Attkisson CC, Hargreaves WA, Horowitz MJ, Sorensen JE, Hrsg. Evaluation of human service programs. New York: Academic Press. 341-371.
66. Kiresuk T J, Sherman RE. 1968. Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4 : 443-453.
67. Klappheck MA, Michalak J. 2009. Patientenziele und Therapieerfolg. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38 (1): 24-33.
68. Kleiber D. 1981. Das Problem der Zielfestlegung in der Psychotherapie. In: Schulz M, Hauzinger W, Hrsg. Klinisch Psychologische Psychotherapie, 4: 345-351.
69. Koch U, Schulz H. 1997. Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In: Ahrens S, Hrsg. Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin . Stuttgart: Schattauer. 14-25.
70. Kordy H, Hannover W. 1999. Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In: Ambühl H, Strauß B, Hrsg. Therapieziele. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 75-90.
71. Krampen G. 2002. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (4): 319–320.
72. Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B. 2006. Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal, 2: 123-129.
73. Lieb R, Isensee B. 2002. Epidemiologie: Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi F, Hrsg. Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störung und Sucht. Bern: Huber. 31-62.
74. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. 1996. Psychische Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. Nervenarzt 67: 205–215.
75. Metternich TW, Döpfner M. 2000. Oppositionelle Verhaltensstörungen im Vorschulalter. Kindheit und Entwicklung, 9 (1): 30-39.
76. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. 2000. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt, 71 (7): 535- 542.
77. Morschitzky H. 2007. Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Zweite Auflage. Wien: Springer.

78. Mühlig S, Petermann F. 1997. Idiopathischer Bauchschmerz im Kindesalter. *Der Schmerz*, 11 (3): 148-157.
79. Müller M. 2009. *Neurologie und Psychiatrie*. Dritte Auflage. Breisach am Rhein: Medizinische Verlags und Informationsdienste.
80. Murray CJL, Lopez AD. 1996. Evidence-based health policy – lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274: 740–743.
81. Noeker M. 2008. *Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Erste Auflage. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
82. Pöhlmann K. 1999. Persönliche Ziele: Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45: 14-20.
83. Preusker. 2011. Barmer GEK Morbiditätsatlas verwechselt Diagnosen mit Morbidität. In: Medhochzwei. Verfügbar unter <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2002-00/03-Beitrag1.pdf> (03.03.2012).
84. Rauter UK, Leonard CE, Swett CP. 1996. SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52: 625-629.
85. Remschmidt H, Lentze MJ, Schulte FJ, Schaub J, Spranger J. 2007. Reaktive, alterstypische und neurotische Störungen mit psychischer Symptomatik. In: *Pädiatrie*. Berlin Heidelberg: Springer, 1598-1601.
86. Rice DP, Miller LS. 1998. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry*, 173 [Suppl 34]: 4–9.
87. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). 2011. *Bundesanzeiger* Nr. 100, S. 2424.
88. Robitschek C, Ashton MW, Spering CC, Geiger N, Byers D, Schotts GC, Thoen MA. 2012. Development and Psychometric Evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2): 274-287.
89. Rothenhäusler HB. 2005. Interferon – alpha- induzierte Depressionen bei Patienten mit chronischen Hepatitis C-Infektionen. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 1 (2): 51-56.
90. Ruff W, Werner H. 1987. Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 33: 238-251.
91. Rupp M. 2003. *Notfall Seele: ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

92. Rutter M, Brown GW. 1966. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1 (1): 38-53.
93. Sack M, Schmid-Ott G, Lempa W, Lamprecht F. 1999. Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele - Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2: 113-127.
94. Scheithauer H, Petermann F. 1999. Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1): 3-14.
95. Schmid, Spießl, Vukovich, Cording. 2003. Belastungen von Angehörigen und Ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 71: 118-128.
96. Schneider F, Schlotterbeck P. 2008. Psychiatrische Komorbidität somatischer Erkrankungen. In: Schneider F, Hrsg. *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer. 397-408.
97. Schoepf D, Heun R, Weiffenbach O, Herrmann S, Maier W. 2003. 4-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen und assoziierte psychosoziale Beeinträchtigung. *Der Nervenarzt*, 74(3): 245-251.
98. Schulte-Bahrenberg T. 1990. *Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg*. Pfaffenweiler: Centaurus.
99. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. 2008. Psychotherapeutische Versorgung. In: Statistisches Bundesamt, Hrsg. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
100. Smith A, Cardillo J.E, Smith SC, Amezaaga AM. 1998. Improvement Scaling (Rehabilitation Version). *Medical Care*, 36(3): 333-347.
101. SPR Collaborative Research Network. 1997. Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42: 290–298
102. Statistisches Bundesamt. 2006. *Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
103. Steffanowski A, Lichtenberg S, Schmidt J, Huber C, Wittmann WW, Nübling R. 2004. Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. *Rehabilitation*, 43: 219-232.
104. Strygin KN, Ross Fiziol Zh Im I M Sechenova. 2011. Sleep and stress [Review]. PubMed PMID: 2178664697, (4): 422-32.

105. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A. 2004. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13: 7-30.
106. Thiel A, Freyberger HJ, Schneider W, Schüßler G. 1998. Psychotherapie versus Pharmakotherapie?. *Psychotherapeut*, 43 (1): 39-45.
107. Thiels C, Garthe R. 2000. Prävalenz von Essstörungen unter Studierenden. *Der Nervenarzt*, 71(7): 552-558.
108. Thompson A, Zimmerman R. 1969. Goals of counseling: Whose? When?. *Journal of Counseling Psychology*, 16: 121-125.
109. Welk HJ, Koch U. 1998. Effekte stationärer onkologischer Rehabilitation [Arbeitsbericht des Universitätskrankenhauses]. Hamburg-Eppendorf: Abteilung für Medizinische Psychologie.
110. Willer B, Miller GH. 1976. Client Involvement in Goal Setting and Its Relationship to Therapeutic Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 32: 687-690.
111. Wilson GT. 2005. Psychological treatment of eating disorders [Review]. *Annu Rev Clin Psychol*, 1: 439-65.
112. Winell M. 1987. Personal goals: The key to self-direction in adulthood. In: Ford ME, Ford DH, Hrsg. *Humans as self-constructing living systems: Putting the framework to work*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum. 261-287.
113. Wipplinger R, Reinecker H. 1994. *Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie*. Bergheim: Mackinger.
114. Wittchen HU, Hoyer J. 2001. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*, 62 (Suppl. 11): 15-21.
115. Wittchen HU, Jacobi F. 2002. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 0: 6-15.
116. Wittchen HU. 2002. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression Anxiety*, 16: 162–171.
117. Woerner W, Becker A, Friedrich C, Klasen H, Goodman R, Rothenberger A. 2002. Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30: 105-112.

118. Zack M, Toneatto T, Streiner DL. 1998. The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10: 85-101.
119. Zielke M, Kopf-Mehnert C. 1978. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Manual. Weinheim: Beltz Test Verlag.

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung
Tabelle 2	Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen, nach Driessen et al. (2001)
Tabelle 3	Häufigkeit weiterer Patientenmerkmale
Tabelle 4	Verteilung der ICD-Hauptgruppendiagnosen der erwachsenen Patienten
Tabelle 5	Verteilung der ICD-Hauptgruppendiagnosen der Kinder- und jugendlichen Patienten
Tabelle 6	Oberkategorien und Kategorien des BIT, Version 4.0
Tabelle 7	Taxonomie und Signalwörter der Zielkategorien
Tabelle 8	Kategorien je Diagnose
Tabelle 9	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘
Tabelle 10	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘
Tabelle 11	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Selbstregulation‘
Tabelle 12	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ der Kinder und jugendlichen Patienten
Tabelle 13	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘ der Kinder und jugendlichen Patienten
Tabelle 14	Häufigkeit der Kategorien im Zielbereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten
Tabelle 15	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘
Tabelle 16	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘
Tabelle 17	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Selbstregulation‘
Tabelle 18	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘ der Kinder und jugendlichen Patienten

Tabelle 19	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Verhalten‘ der Kinder und jugendlichen Patienten
Tabelle 20	Verteilung der Diagnosen auf die Zielkategorien im Zielbereich ‚Reife‘ der Kinder und jugendlichen Patienten
Tabelle 21	Variablen in der Gleichung für ‚Beruf/Freizeit‘ in ‚Symptomreduktion‘
Tabelle 22	Variablen in der Gleichung für ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in ‚Symptomreduktion‘
Tabelle 23	Variablen in der Gleichung für ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in ‚Verhalten‘
Tabelle 24	Variablen in der Gleichung für ‚Intrapersonaler Bereich‘ in ‚Verhalten‘
Tabelle 25	Variablen in der Gleichung für ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ in ‚Selbstregulation‘
Tabelle 26	Prozentuale Häufigkeit vergleichbarer Kategorien bei Faller und Gossler (1998)

12 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten bei Versicherten der AOK (2004), Anteile der AU-Tage in Prozent, modifiziert nach Lademann et al. (2006)
- Abb. 2 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten bei Versicherten der BARMER (2004), Anteile der AU-Tage in Prozent, modifiziert nach Lademann et al. (2006)
- Abb. 3 Verteilung der Therapieziele (n = 218), nach Schulte-Bahrenberg (1990)
- Abb. 4 Prozentuale Häufigkeit der Zielkategorien, nach Faller u. Gossler (1998)
- Abb. 5 Prozentuale Häufigkeiten von Patienten mit mindestens einem Ziel in der genannten Zielkategorie des BIT-T, nach Grosse-Holtforth u. Grawe (2002)
- Abb. 6 Prozentuale Verteilung der Therapiezielkategorien von Patienten mit verschiedenen Diagnosen, nach Faller & Gossler (1998)
- Abb. 7 Prozentuale Verteilung der häufigsten Zielbereiche im BIT, nach Berking et al. (2004)
- Abb. 8 Adjusted Odds Ratios (abhängige Variable: 21 Zielbereiche, unabhängige Variable: fünf Hauptdiagnosegruppen, Referenzgruppe: sonstige Hauptdiagnosen), nach Dirmaier (2005)
- Abb. 9 Fälle im Datensatz, Ausschlussgründe und in die Auswertung einbezogene Fälle
- Abb. 10 Alterspyramide der erwachsenen Patienten
- Abb. 11 Absolute Häufigkeiten der ICD-Diagnosen der erwachsenen Patienten
- Abb. 12 Absolute Häufigkeiten der ICD-Hauptgruppendiagnosen der erwachsenen Patienten
- Abb. 13 Alterspyramide der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 14 Absolute Häufigkeiten der ICD-Diagnosen der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 15 Absolute Häufigkeiten der ICD-Hauptgruppendiagnosen der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb.16 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Symptomreduktion‘
- Abb. 17 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Verhalten‘; Prozente innerhalb der ICD-Gruppe
- Abb. 18 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der erwachsenen Patienten im Bereich ‚Selbstregulation‘

- Abb. 19 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Symptomreduktion‘
- Abb. 20 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Verhalten‘
- Abb. 21 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien je Diagnose der Kinder und jugendlichen Patienten im Bereich ‚Reife‘
- Abb. 22 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für Erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Symptomreduktion‘
- Abb. 23 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Verhalten‘
- Abb. 24 Prozentuale Verteilung der Therapieziele auf die Zielkategorien für erwachsene Patienten mit den Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung* im Zielbereich ‚Selbstregulation‘
- Abb. 25 Prozentuale Häufigkeiten der Zielkategorien in den Bereichen ‚Symptomreduktion‘, ‚Verhalten‘ und ‚Selbstregulation‘ für die erwachsenen Patienten
- Abb. 27 Prozentuale Häufigkeiten der Zielkategorien in den Bereichen Selbstregulation, Verhalten und Symptomreduktion für die Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 28 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Depressive Episode*
- Abb. 29 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Rezidivierende depressive Störung*
- Abb. 30 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Phobische Störung*
- Abb. 31 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Angststörung*
- Abb. 32 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Reaktion auf schwere Belastung oder Anpassungsstörung*
- Abb. 33 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Somatoforme Störung*
- Abb. 34 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Essstörungen*
- Abb. 35 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Depressive Episode* der Kinder und jugendlichen Patienten

- Abb. 36 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Angststörung* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 37 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 38 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Somatoforme Störung* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 39 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Essstörungen* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 40 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Hyperkinetische Störungen* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 41 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Störung des Sozialverhaltens* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 42 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 43 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Emotionale Störung des Kindesalters* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 44 Prozentuale Verteilung der Zielkategorien in den drei Zielbereichen für die Diagnosegruppe *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* der Kinder und jugendlichen Patienten
- Abb. 45 Odds Ratios der Zielkategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Entwicklungshemmungen aufheben‘ im Zielbereich Symptomreduktion bzw. Selbstregulation (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)
- Abb. 46 Odds Ratios der Zielkategorie ‚Zwischenmenschliche Kontakte‘ in den Zielbereichen ‚Symptomreduktion‘ bzw. ‚Verhalten‘ (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)
- Abb. 47 Odds Ratios der Zielkategorien ‚Beruf/Freizeit‘ und ‚Intrapersonaler Bereich‘ in den Zielbereichen ‚Symptomreduktion‘ bzw. ‚Verhalten‘ (abhängige Variablen: 6 Zielkategorien, unabhängige Variablen: 5 ICD-Diagnosegruppen, Art der Weiterbildung; Referenzkategorien: *Sonstige* und *Psychologischer Psychotherapeut*)
- Abb. 48 Grad des Einflusses der vier Diagnosegruppen mit klinisch relevantem Einfluss auf die Therapiezielformulierung

13 Anhang

13.1 Daten

Der Arbeit liegt eine CD-ROM mit den Rohdaten in anonymisierter Form bei.

13.2 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Christin Borchardt
geboren: 1985-07-04 in Erfurt
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

Berufliche Tätigkeit und Praktika

04/2012	Famulatur in der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin im Helios Klinikum, Erfurt
09/2011	Famulatur in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie und Suchterkrankungen im ASKLEIPIOS Fachklinikum, Stadtroda
08/2011	Famulatur in der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin im Robert- Koch- Krankenhaus, Apolda
07/2010	Famulaturen im Fachsanitätszentrum der Bundeswehr, Erfurt
seit 07/2007	Offizier der Luftwaffe als Sanitätsoffizier- Anwarter
08/2005	Pflegepraktikum in der Klinik für Psychiatrie der Hans Berger Klinik, Jena
seit 07/2004	Sanitätsoffizier- Anwarter der Luftwaffe
05/2004	Pflegepraktikum auf der Klinik für Unfallchirurgie im Helios Klinikum, Erfurt

Studium und Ausbildung

10/2010 – 06/2011	Schauspielpatient im Jenaer SkillsLab
seit 10/2004	Studium der Humanmedizin an Friedrich- Schiller Universität, Jena
07/2004 - 03/2005	Ausbildung zum Offizier des Sanitätsdienstes und Offiziersprüfung
1996 - 2004	Albert- Schweitzer Gymnasium, Erfurt

13.3 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt ganz besonders Herrn Prof. Dr. B. Strauß für seine fachliche Betreuung und unterstützende Begleitung. Die zahlreichen Tipps und Anregungen, sowie die aufgebraachte Geduld machten die vorliegende Arbeit erst möglich.

Ebenso möchte ich dem wissenschaftlichem Leiter Herrn Prof. M. Geyer und dem Geschäftsführer, Herrn C. Geyer der Akademie für Psychotherapie Erfurt für die zur Verfügung Stellung des Datensatzes danken.

Für die Erstellung der ersten Datenbankversion möchte ich mich bei Frau Pollitt bedanken.

13.4 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. B. Strauß.

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 27.08.2012 Christin Borchardt